

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1921-1922.

N° 136

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA CONDUITE A TENIR
DANS LES GROSSESSES ECTOPIQUES
DU 5^e MOIS AU TERME

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 7 Juin 1922

PAR

François-Jean-Jules BARONNET

Né à Chevanceaux (Charente-Inférieure), le 18 Janvier 1897

Examineurs de la Thèse	{	MM. BÉGOIN, professeur.....	Président.
		VILLAR, professeur.....	Juges.
		FAUGÈRE, agrégé.....	
		PAPIN, agrégé.....	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX
Imprimerie Victor CABBETTE
91, Cours de la Marne, 91

1922

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1921-1922.

N° 136

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA CONDUITE A TENIR
DANS LES GROSSESSES ECTOPIQUES
DU 5^e MOIS AU TERME

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 7 Juin 1922

PAR

François-Jean-Jules BARONNET

Né à Chevanceaux (Charente-Inférieure), le 18 Janvier 1897

Examineurs de la Thèse	{	MM. BÉGOUIN, professeur.....	Président.
		VILLAR, professeur.....	Juges.
		FAUGÈRE, agrégé.....	
		PAPIN, agrégé.....	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'Enseignement médical.

BORDEAUX

Imprimerie Victor CABBETTE

91, Cours de la Marne, 91

1922

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANELONGUE, BADAL, JOLYET, PITRES, GUILLAUD.

PROFESSEURS

MM.	MM.
Clinique interne.....	ARNOZAN.
Clinique externe.....	CASSAËT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CHAVANNAZ.
Anatomie Pathologique et microscopie clinique.....	VILLAR.
Anatomie.....	CRUCHET.
Anatomie générale et histologie.....	RIVIERE.
Physiologie.....	SABRAZÈS.
Hygiène.....	PICQUE.
Médecine légale et déontologie.....	G. DUBREUIL.
Physique biologique et clinique d'électricité médicale.....	PACHON.
Chimie.....	AUCHE.
Botanique et matière médicale.....	VERGER.
Pharmacie.....	BERGONIE.
Zoologie et parasitologie.....	CHEÛLE.
	BEILLE.
	DUPOUY.
	MANDOUL.
	Médecine expérimentale.....
	Clinique ophtalmologique.....
	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....
	Clinique gynécologique.....
	Clinique médicale des maladies des enfants.....
	Chimie biologique et médicale.....
	Physique pharmaceutique.
	Médecine colossale et clinique des maladies exotiques.....
	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....
	Clinique des maladies des voies urinaires.....
	Clinique des maladies nerveuses et mentales.....
	Clinique d'Oto-rhino-laryngologie.....
	Toxicologie et hygiène appliquée.....
	FERRÉ.
	LAGRANGE.
	DENUCE.
	BEGOUIN.
	MOUSSOUS.
	DENIGÈS.
	SIGALAS.
	LE DANTEC.
	W. DUBREUILH.
	POUSSON.
	ABADIE.
	MOURE.
	BARTHE.

MM. PRINCETEAU, GUYOT, LABAT.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.
Anatomie et embryologie.....	N.....
Histologie.....	N.....
Physiologie.....	LACOSTE (chargé).
Anatomie pathologique.....	DELAUNAY.
Parasitologie et Sciences naturelles.....	MURATET.
Physique biologique et médicale.....	R. SIGALAS (chargé)
Chimie biologique et médicale.....	N.....
Médecine générale.....	RÉCHOU.
	N.....
	PETGES.
	CARLES (J.).
	MAURIAC.
	Médecine générale.....
	Maladies mentales.....
	Médecine légale.....
	Chirurgie générale.....
	Obstétrique.....
	Ophtalmologie.....
	Pharmacie.....
	N...
	LEURET.
	DUPERIE.
	CREYX.
	MICHELEAU.
	PERRENS.
	LANDE.
	ROCHER.
	DUVERGEY.
	PAPIN.
	PERY.
	FAUGERE.
	TEULIERES.

CHARGÉS DE COURS

MM.
Cours de Clinique dentaire.....
Cours complémentaire de Thérapeutique et Pharmacologie.....
Cours complémentaire de Médecine opératoire.....
Cours complémentaire d'Accouchements.....
Cours complémentaire d'Ophtalmologie.....
Cours complémentaire de Puériculture.....
Cours complémentaire de Climatologie et Hydrologie médicale.....
Cours complémentaire de Démonstrations et Préparations pharmaceut.
Cours complémentaire de Chimie.....
Cours complémentaire de Vénérologie.....
Cours complémentaire de Pathologie interne.....
Cours complémentaire de Pathologie externe.....
Cours complémentaire d'Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.....
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation profession ¹¹⁴
CAVALIÉ.
CARLES.
VENOT.
PÉRY.
CABANNES
ANDERODIAS.
SELLIER.
LABAT.
RANGIER.
PETGES.
MAURIAC.
GUYOT.
ROCHER.
GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

*En témoignage de ma profonde
reconnaissance et de ma grande
affection.*

A MA GRAND'MÈRE

A MON FRÈRE ET A MA SŒUR

A MA NIÈCE

A MON ONCLE ET A MA TANTE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR BÉGOUIN

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

CHIRURGIEN DES HÔPITAUX

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui a bien voulu nous inspirer
le sujet de cette thèse et nous faire
l'honneur d'en accepter la prési-
dence, en gage de notre vive gra-
titude.*

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études à la Faculté de Médecine de Bordeaux, nous nous faisons un agréable devoir d'exprimer nos sentiments de respectueuse reconnaissance aux Maîtres éminents qui ont bien voulu nous y honorer de leur bienveillance.

Nous prions MM. les Professeurs agrégés ROCHER, CREYX et DUVERGEY d'accepter nos vifs remerciements pour l'accueil cordial qui nous a été fait dans leurs services lors de nos premiers stages hospitaliers.

Notre reconnaissant souvenir est acquis à M. le Professeur RIVIÈRE, Professeur de Clinique Obstétricale, à M. le Docteur LACOUTURE, Chirurgien-Chef de l'Hôpital Tastet-Girard, et à M. le Docteur CHARBONNEL, Chirurgien des Hôpitaux, qui ont bien voulu nous permettre de publier leurs observations.

Merci également à M. le Docteur LAFFARGUE, Chef de Clinique Gynécologique, et à M. le Docteur GAUTRET, Interne de la Clinique Obstétricale, pour l'aide précieuse qu'ils ont apporté à notre tâche.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
CONDUITE A TENIR DANS LES GROSSESSES ECTOPIQUES
DU 5^e MOIS AU TERME

INTRODUCTION

En pratique, la grossesse ectopique que l'on rencontre après le 5^e mois a été le plus souvent prise pour une grossesse intra-utérine.

Notre intention n'est pas de faire ici l'étude de ses symptômes et de son diagnostic. Cela dépasserait le cadre de notre modeste travail, dans lequel nous avons voulu essayer seulement de rechercher quelle était la meilleure conduite à tenir en présence d'une grossesse ectopique ayant dépassé le 5^e mois, avec enfant vivant. Nous supposons le diagnostic établi avec certitude.

Si, avec WERTH, les auteurs sont unanimes pour traiter comme une tumeur maligne toute grossesse ectopique au début, il est loin d'en être de même en ce qui concerne la grossesse extra-utérine après le 5^e ou le 6^e mois, lorsque la vie du fœtus s'est suffisamment manifestée pour être prise sérieusement en considération. A l'intérêt de l'enfant, qu'il semble délicat de sacrifier, l'intérêt de la mère ne

s'opposerait plus autant, puisque à partir du 5^e mois les risques de rupture du kyste fœtal sont bien diminués.

Cela permet-il de différer l'intervention chirurgicale jusqu'au terme, pour retirer un enfant ayant de plus grandes chances de survie ; ou bien, les avantages de cette méthode étant trop aléatoires pour le fœtus et trop peu de chose en face des dangers que court encore la mère, vaut-il mieux opérer systématiquement, dès qu'elle est reconnue, toute grossesse extra-utérine ?

C'est ce que nous allons essayer de discuter dans notre travail inaugural, qui comprendra deux parties.

Dans la première, nous montrerons la valeur du pronostic fœtal : peut-on espérer obtenir des enfants viables, bien constitués, par une intervention retardée ?

Dans la seconde, nous mettrons en parallèle le pronostic maternel, en insistant sur les dangers qui menacent la mère pendant cette expectative et au moment de l'opération chirurgicale.

De cette comparaison, nous pensons pouvoir tirer des conclusions intéressantes pour le chirurgien.

PREMIÈRE PARTIE

PRONOSTIC FŒTAL

Que valent les enfants issus de grossesses ectopiques ?

Lorsqu'une grossesse ectopique a pu atteindre le 5^e mois avec le fœtus encore vivant, soit qu'elle ait évolué sans accidents, soit, ce qui est plus fréquent, que ces accidents (décollement partiel du placenta, hémorragie, rupture, etc.) n'aient pas tué le fœtus, celui-ci est loin d'être désormais en de bien meilleures conditions pour continuer sa croissance.

Si le danger de rupture du kyste fœtal est minime (sur 579 cas vus après le 5^e mois, SITTNER n'a trouvé que 7 % de rupture) de nombreuses causes gênent le développement du fœtus. Sans insister sur les cas de grossesse tubaire, où l'avortement est presque de règle par suite du défaut d'élasticité de l'enveloppe maternelle qui ne peut suivre l'accroissement de son contenu, rappelons que l'œuf est bien mal protégé par son enveloppe de fortune, dans les autres cas de grossesse tubo-abdominale ou abdominale.

L'enfant souffre presque toujours de l'insuffisance placentaire, de compression et d'une mauvaise protection contre les produits toxiques ou septiques qui se trouvent dans la cavité abdominale.

I. Insuffisance placentaire. — Malgré le volume parfois considérable de la masse placentaire, le fœtus peut être gêné dans son développement par manque d'oxygène et de substances nécessaires à l'élaboration de ses tissus. Cette insuffisance est due surtout à la mauvaise édification du placenta dont les villosités choriales ont dû s'insérer sur les organes qui se trouvaient à leur portée et qui sont plus ou moins vasculaires (GOUBAREFF); s'il peut se former des lacs sanguins au contact de l'utérus, de la trompe ou de l'épiploon, il n'en est pas de même pour le péritoine pariétal ou les anses intestinales, avec lesquels le placenta ne peut avoir que des adhérences conjonctives. De plus, le placenta chevauchant plusieurs organes qui ne sont pas autrement reliés les uns aux autres, utérus, épiploon et intestin, par exemple, sera facilement décollé en partie par le moindre déplacement de l'un d'entre eux.

Ce décollement peut être suffisant pour déclencher un faux-travail et nécessiter l'extraction prématurée de l'enfant; dans le cas contraire, si la grossesse se poursuit, les enfants que l'on extrait, même à terme, sont malingres, débiles, ayant beaucoup souffert d'une mauvaise hématoze par insuffisance placentaire⁽¹⁾.

II. Compressions. — Dans la cavité abdominale le fœtus, pour se développer, doit se faire une place en refoulant les organes qui l'entourent et le compriment. Les uns, mobiles ou dépressibles ne le gênent pas beaucoup; mais d'autres, à cause de leur fixité ou de leur résistance ne peuvent lui céder place. Bien peu de liquide amniotique; point de

(1) BLAND SUTTON (*B. M. J.*, 1898). Opération à terme; fœtus 1.500 gr. succombe rapidement en quelques heures.

FOURNIER (*Soc. obst.*, Paris, 1905). Opération à terme; enfant bien conformé, pèse 1.750 gr., meurt en 4 heures.

ALEXENKO (*Cent. f. gyn.*, 1903.) Opération 7 mois 1/2, mauvais état général de la mère; poids 1.200 gr., survit 1 h. 1/2.

TRAVERSON (*Th. Paris*, 1917). Opération 8^e mois. Fœtus mal formé; les 4 jours qui suivent la naissance: cri plaintif, téguments violacés, régurgitations glaireuses sanguinolentes; selles abondantes, noirâtres, fétides, sanguinolentes.

muscle utérin pour servir de coque élastique. Brides amniotiques et adhérences sont la raison de mutilations importantes, tandis que les saillies osseuses du bassin ou de la colonne vertébrale déforment, aplatissent ou creusent la tête et le tronc.

A ces déformations par compression, il faut ajouter les attitudes vicieuses qui persistent après la vie intra-abdominale : torticolis, déviation des membres, ankyloses, pieds bots, etc.

L'atteinte à l'esthétique, les impotences fonctionnelles ne sont pas seules à considérer ; dans un crâne ou un thorax ainsi déformés, il est juste de penser que les viscères qu'ils renferment sont fortement lésés ; cela explique que parmi les enfants qui survivent on trouve tant débiles mentaux que débiles physiques.

Il est exceptionnel dans la grossesse ectopique de retirer de beaux enfants et nous montrerons plus loin dans notre statistique la forte proportion de ceux qui sont mal formés⁽¹⁾. (Observations II, IV, V, VI, XXXIV, XXXV, XXXVII.)

(1) X.-O. WERDER. (*A. J. Obst.* 1902.) — a) Grossesse ectopique au 8^e mois ; l'enfant quoique considérablement déformé, était fort et semblait plein de vitalité. Mort le 4^e jour.

b) Grossesse extra-utérine au 8^e mois. Enfant moins déformé, mais plus chétif ; ne survécut que quelques heures.

c) Grossesse extra-utérine au 7^e mois. Enfant extrait mort ; très déformé par suite de compression (jambes et bras distordus).

BAZY. (*Bul. et Mém. Soc. Chir. de Paris*, 1919.) Enfant de plus de 5 mois extrait vivant mais tout déformé.

R.-E. SMITH. (*Lancet*, 1920.) Enfant à terme. Bosse région pariéto-occipitale gauche. Le côté droit du cou était complètement déprimé, comme si une balle avait été pressée contre lui ; la mâchoire participait à cette déformation.

P. MOURE. (*Bul. et Mém. Soc. Anat. de Paris*, 1914-1920.) Fœtus de 7 mois, malformations sur les points particulièrement comprimés. Extrémité des membres inférieurs enroulée et aplatie ; les vices de position sont rendus définitifs par la rétraction des parties molles, si bien qu'il est impossible de produire l'extension dans les articulations des coudes et des genoux.

PLAUCHU. (*Bul. Soc. Obs. et Gyn. de Paris*, 1912.) Malformations rendant le fœtus inapte à la vie durable.

TRAVERSON (Th. Paris, 1917.) Enfant de 2,070 grammes. Aplatissement de la moitié du crâne, malformation cervicale ; pied bot valgus, poignet en flexion, doigts en crochet ; enfant survit.

VILLAR. (*Archives prov. de Chir.*, 1894.) Fœtus macéré, bien développé. Flexions accentuées : la tête a presque défoncé la partie antérieure du thorax. Poids : 2,500 gr. Sillon profond sur le crâne dû à ce que la tête était insérée dans un diverticule du sac. La moitié droite de la tête est plus développée que la moitié gauche. Chevauchement des os du crâne. Pariétal gauche très déformé. Gouttière sur le frontal. Orbites asymétriques.

III. Absorption de toxines ou de microbes.—L'insertion du placenta dans la cavité péritonéale, les relations trop directes qui s'établissent entre le fœtus et le milieu maternel dont il n'est séparé que par des membranes très insuffisantes, même parfois absentes, facilitent, semble-t-il, la pénétration dans l'organisme fœtal de produits septiques ou toxiques. Ces produits nocifs peuvent être ordinaires à la cavité abdominale (infection coli-bacillaire, par exemple) ou bien dus à l'état de gravidité.

Si nombre d'enfants doivent sans doute à cette infection de succomber pendant la gestation ectopique, il faut aussi lui imputer la mort rapide d'enfants qui avaient été extraits bien conformés et en apparence très suffisamment viables, sans qu'on ait pu attribuer cette mort à une faute de technique dans l'intervention ou à une affection contractée après l'extraction⁽¹⁾.

La grossesse extra-utérine semble donc bien défavorable au développement du fœtus même après le 5^e ou le 6^e mois; et quoiqu'on la laisse évoluer jusqu'aux environs du terme, jusqu'à la 38^e semaine comme le voudrait A.-C. BECK, on n'obtient dans la grande majorité des cas que des enfants débiles, mal formés et peu aptes à une vie durable.

Nous avons voulu étayer ces constatations par une statistique et nous avons pu nous baser sur un ensemble de

(1) MATE. (*B. M. J.*, 1898.) Opération à terme au cours du faux-travail, enfant bien constitué, pèse 7 livres, meurt rapidement.

BLACK. (*C. für. Gyn.*, 1903.) Opération à 12 mois, affaiblissement de la mère; poids de l'enfant 5,000 gr., meurt rapidement quoique bien constitué.

JACOBS. (*Sem. Gyn.*, 1901.) Opération à terme; mère affaiblie présente œdème, albuminurie, vomissements. Enfant de 2,800 gr., ponce non opposable, pieds bots, hypospadias, meurt rapidement.

MARTIN. (*Normandie Méd.*, 1896.) Opération à terme, faux-travail, vomissements, état général mauvais. L'enfant bien constitué pèse 3,058 gr.; mort rapide.

DIEHL. (*Gaz. méd. Nord-Est*, 1904.) Opération à terme; rétinite albuminurique, œdème. Enfant bien conformé, pèse 3,120 gr.; mort rapide.

LAPEYRE. (*Soc. de Chir.*, 1907.) Opération à terme; vomissements incoercibles; l'enfant, bien constitué et bien développé, succombe.

RAFFERETTY. (*Med. record.*, 1903.) Opération à terme, ictère, amaigrissement. Enfant pèse 8 livres; se cyanose et meurt.

303 cas d'enfants retirés vivants, que nous avons recherchés dans la littérature française et étrangère.

Nous avons trouvé en particulier des renseignements intéressants dans les travaux d'ORILLARD, SITTNER et DELCAMP.

STATISTIQUE

Sur 303 enfants retirés vivants :

171 soit 56 % sont morts dans les premières heures qui suivirent l'extraction.

132 — 44 % ont survécu.

Parmi ces 132 survivants :

67 soit 50 % sont morts la première année.

23 — 18 % sont morts de 2 à 5 ans.

et 42 — 32 % auraient dépassé 5 ans.

Si l'on rapproche ce nombre 42 de celui des enfants extraits vivants, c'est-à-dire 303, on s'aperçoit que parmi ceux-ci, 13 % seulement ont dépassé 5 ans.

Malformations. — Quant aux malformations, nous les avons également notées au cours de nos recherches et, parmi les enfants ayant survécu à l'extraction (132), ceux qui en étaient atteints ont été trouvés dans la proportion élevée de 30 %.

Ces malformations consistaient surtout en mains et pieds bots; luxations; membres fléchis, déviés, croisés ou distordus; déformations craniennes ou thoraciques par aplatissement; becs-de-lièvres, etc.

Il est d'ailleurs fréquent de voir le même sujet présenter plusieurs d'entre elles.

La plupart de ces malformations ne sont pas susceptibles de favoriser la mort de l'enfant, mais elles en font un être diminué moralement et physiquement.

En résumé, 13 % seulement des enfants atteignant la 5^e année, 30 % de malformés, un si piètre résultat permet-il de différer l'opération, quand d'un autre côté la mère n'est pas seulement laissée pour des semaines dans un état d'anxieuse expectative, mais aussi exposée à quelque danger du fait d'une rupture ou autres complications ?

C'est l'étude de ces risques maternels et des différentes façons d'y parer que nous allons aborder dans notre seconde partie.

SECONDE PARTIE

PRONOSTIC MATERNEL

CHAPITRE PREMIER

Troubles et accidents graves auxquels est exposée la mère par l'attente du 6^e au 9^e mois.

Il est incontestable qu'une fois atteint le 5^e mois, le pronostic maternel devient beaucoup moins sombre ; le si gros danger d'inondation péritonéale par rupture du kyste fœtal semble réduit à de faibles proportions : 7 % (SITTNER, 579 cas vus après le 5^e mois). C'est surtout cet argument qui permet à X.-O. WERDER, A.-C. BECK, G. LEE de conseiller l'expectative pour obtenir des enfants moins débiles, en rapprochant l'intervention du terme.

Pourtant WERDER lui-même reconnaît qu'il persiste pour la mère le risque d'une rupture secondaire du sac, dont les parois sont toujours très minces, souvent incomplètes et constituées seulement par l'amnios plus ou moins renforcé par des adhérences. Cette rupture secondaire spontanée ou provoquée par un traumatisme externe sur l'abdomen peut donner une inondation péritonéale ou une infection de l'œuf et du péritoine, comme le faux-travail que nous étudierons plus loin. (Observations XIX, XX, XXI, XXII.)

Sans être d'une aussi pressante gravité, de nombreux troubles peuvent se présenter du 5^e au 9^e mois, qui affaiblissent la mère, l'intoxiquent et lui rendent cette attente pénible et dangereuse. Ce sont les *douleurs*, les *pertes sanguines*, l'*insomnie rebelle*, la *dénutrition*, les *troubles par compression* et l'*infection spontanée de l'œuf pendant la vie de l'enfant*.

I. **Douleurs.** — Bien plus violentes que dans la grossesse normale, où il existe plutôt de la fatigue musculaire, les douleurs accompagnent très fréquemment la grossesse ectopique; il est souvent difficile d'en trouver la cause, et la plupart des auteurs ne peuvent que les signaler sans en préciser la raison. SMITH (obs. XXVI) crut pouvoir les rattacher une première fois à une rupture tubaire, mais leur répétition par crises toutes les deux ou trois semaines jusqu'aux environs du terme, ainsi que l'examen de l'œuf après extraction, ne permirent pas d'admettre cette hypothèse. De même, la malade de VILLAR (obs. XXXIX) après cessation des règles, était prise à chaque époque menstruelle de crises d'estomac, de crampes, de vomissements, de syncopes, « ensemble symptomatique rappelant l'éclosion d'une hématocele péritonéale ».

Dans le cas de BAZY, la malade était devenue dans un état des plus misérables, tant ces douleurs étaient violentes et répétées. P.-F. WILLIAMS, examinant 147 cas de grossesses extra-utérines, trouva dans 110 d'entre elles des crises douloureuses; ces douleurs occupent surtout les régions abdominales et rectales; puis on les trouve moins fréquemment aux régions dorsale et inguinale; elles peuvent même gagner les membres inférieurs. Dans 34 cas, elles étaient accompagnées de nausées et, dans 9, de vomissements (SMITH). Il faut signaler enfin que les mouvements actifs du fœtus, toujours très nettement sentis par la mère, sont souvent pour elle, surtout lorsque l'enfant est libre dans la cavité péritonéale, l'occasion de sensations très

pénibles avec tendance à la syncope (observations IV, XIII, XIV, XVIII, XIX, XXIII, XXVI, XXVII, XXXIII).

II. Pertes de sang — On note souvent que par le vagin il s'écoule du sang et des caillots qui proviennent de l'éclatement des vaisseaux hyperthrophiés de la muqueuse utérine. Ces écoulements peuvent survenir par crises et être accompagnés de douleurs : ils en ont imposé parfois pour un avortement et nécessité même par la violence le tamponnement vaginal et utérin (RIBEMONT-DESSAIGNES). Mais le danger est surtout dans leur répétition : sans qu'il y ait chaque fois des pertes abondantes, leur fréquence pendant des semaines et des mois suffit à anémier profondément la mère ; elle n'est plus, de ce fait, en état de supporter l'hémorragie qui marque toute extraction de fœtus (observations IX, X, XI).

III. Insomnie rebelle et dénutrition. — Elles sont, en général, l'aboutissant des douleurs et des pertes sanguines qui affaiblissent progressivement la malade et la conduisent naturellement à un état de surexcitation nerveuse qui ne lui permet plus de prendre le moindre repos. L'amaigrissement extrême de la mère permet parfois de voir les mouvements du fœtus (POTHERAT).

IV. Troubles par compression. — La grossesse normale peut donner lieu à des troubles par compression des organes voisins de l'utérus. Dans la grossesse ectopique, « tumeur insolite » (PIXARD) qui s'est logée comme elle a pu, ces troubles sont beaucoup plus accentués et plus variés, le fœtus pouvant occuper des situations qui gênent beaucoup les fonctions maternelles et occasionnent des affections graves.

On a vu la rétention d'urine plus ou moins complète, par compression d'un uretère, produire de l'anurie réflexe. Une femme observée par HOOD avait présenté des hématuries pendant les derniers mois. Les anses intestinales refoulées

par le kyste fœtal peuvent donner un syndrome d'obstruction chronique, constipation tenace, coliques avec réaction péritonéale ; et la tête en se glissant dans le Douglas peut comprimer le rectum au point qu'on assiste à une crise d'occlusion intestinale aiguë qui nécessite une intervention immédiate.

L'albuminurie de la grossesse est là plus marquée et peut amener une toxémie rebelle au traitement, qui oblige à interrompre la gestation (F.-A. DORMAN).

La radiographie donna la raison des nausées et des vomissements que présentait la malade de G. LEE : le fœtus, qui était à gauche, avait la tête très profondément cachée sous les fausses côtes, en contact avec l'estomac, et un de ses bras était en abduction, à droite, sous le foie (observations XX, XXIV, XXVI).

V. Infection spontanée de l'œuf pendant la vie de l'enfant. — Nous avons montré plus haut que l'enfant, mal protégé par son enveloppe maternelle, était exposé à l'action des toxines et des produits septiques, provenant surtout de l'intestin, et en était gêné dans sa croissance.

Le danger peut être beaucoup plus grave et pour l'enfant et pour la mère. L'œuf risque de s'infecter, alors que le fœtus est encore vivant ; cette infection tue l'enfant, en provoquant un faux-travail ou par septicémie, et se propage à la mère qui fait une péritonite presque toujours mortelle (SPAETH).

CHAPITRE II

Danger de l'attente de la mort de l'enfant.

Faux-travail et ses suites.

Lorsqu'on laisse évoluer une grossesse extra-utérine avec enfant vivant, vers la fin du 9^e mois il se produit un ensemble de manifestations auquel on a donné le nom de *faux-travail*. La femme ressent des douleurs revenant par intervalles et ayant les caractères des contractions utérines douloureuses du travail. C'est en effet l'utérus qui se contracte. Il y a en général un écoulement sanguin assez abondant par le col à peine entr'ouvert et expulsion de la caduque. BOQUEL et SAVAGE signalent une tension de l'abdomen lors de chaque douleur ; cela explique que l'enfant souffre très rapidement (on trouva du méconium dans le liquide au bout de 4 heures. BOQUEL). Cependant, il peut y avoir atténuation de ces phénomènes et le faux-travail peut cesser pour reprendre au bout de plusieurs jours (G. LEE).

Si l'on n'intervient pas d'urgence par une laparotomie, le fœtus ne tarde pas à succomber. Quant à la mère, elle court de graves dangers immédiats ou éloignés.

Suites immédiates. — Au moment du faux-travail, l'expulsion de la caduque s'accompagne d'une *hémorragie intra-utérine*, par les vaisseaux de la sous-muqueuse hyper-

trophies et dilatés, qui sont mis à nu. Plus grave est peut-être l'*inondation* péritonéale provoquée par le décollement du placenta qui est fortement tiraillé par les contractions de l'utérus ou les tensions répétées de l'abdomen. Enfin, on observe souvent une *rupture de l'œuf* qui, en s'infectant très rapidement, donne bientôt une réaction péritonéale violente.

Même lorsqu'il n'y a aucun de ces accidents au moment du faux-travail, le danger n'est pas écarté pour la mère.

Rétention fœtale. — A partir du moment où le fœtus meurt, un nouveau cycle évolutif commence. Il n'y a plus de grossesse, mais *rétention fœtale*.

Le liquide amniotique se résorbe. Le fœtus subit des modifications diverses : momification, macération. On peut assister cependant à une augmentation du liquide pendant les premiers mois qui suivent la mort du fœtus et surtout au moment de la réapparition des règles, 5 à 6 semaines après la mort du fœtus (PINARD). Les parois du sac se rétractent ; le placenta s'atrophie, mais lentement. La circulation placentaire ne s'arrête guère complètement qu'après deux mois.

Cette rétention s'accompagne habituellement d'accidents. Tandis que le fœtus *in utero* ne se putréfie pas tant que l'œuf est intact, le fœtus mort dans un sac ectopique ne tarde pas à s'infecter (LACOUTURE et CHARBONNEL, obs. XXIII). Cette infection est probablement d'origine intestinale. La fièvre s'allume, des phénomènes inflammatoires se produisent au niveau du sac. Si le foyer infecté n'est pas ouvert et drainé, la femme se cachectise et meurt de péritonite ou de septicémie. Mais le kyste fœtal infecté a tendance à s'ouvrir, soit au niveau de la paroi abdominale (aux environs de l'ombilic), soit dans l'intestin, soit dans le vagin ou la vessie. Le fœtus peut être ainsi éliminé par fragments (obs. XLII). Habituellement, l'ouverture est insuffisante et le kyste s'infecte secondairement (obs. XL).

Suites éloignées. -- Exceptionnellement, il y a rétention sans infection. Le fœtus et le sac se calcifient, formant un *lithopédion*. Ces lithopédions sont souvent retenus indéfiniment sans accidents. Cependant ils peuvent, comme toute tumeur abdominale, déterminer des *troubles de compression* et même d'*obstruction intestinale*. Ils doivent être traités chirurgicalement (COUVELAIRE):

Il faut donc considérer le faux-travail comme aussi dangereux pour la mère que pour le fœtus, tant par ses conséquences immédiates que par ses suites éloignées.

CHAPITRE III

De la valeur des divers modes d'intervention pour grossesse ectopique aux environs du terme.

Il faut envisager séparément les cas où le fœtus est encore vivant et ceux où il y a rétention fœtale plus ou moins ancienne.

Fœtus vivant.

Pour mémoire, rappelons simplement qu'il a été employé autrefois un procédé opératoire par la voie vaginale, l'*élytrotomie*. Ce procédé est aujourd'hui complètement abandonné, à cause du mauvais accès qu'il donne sur le kyste dont l'extraction se fait avec les plus grandes difficultés.

On n'emploie plus actuellement que la voie haute; avec la *laparotomie*, l'extraction de l'enfant est chose simple, après incision du sac au point le moins vasculaire. Ce sac est mince, il contient peu de liquide amniotique, pendant la vie fœtale; il ne saigne pas *ex vacuo* comme le ferait un utérus. Plus exactement il ne saigne pas de suite. On dispose donc en général de quelques instants pour voir les connexions du kyste; sa partie membraneuse est plus ou moins adhérente, parfois très peu; d'après G. LEE la rupture des adhérences ne détermine qu'un peu de suintement. Quant à la partie placentaire, elle s'insère en général sur sa surface d'insertion primitive, c'est-à-dire sur la trompe

éclatée ou sur-distendue; mais cette insertion s'étend sur les organes voisins, en particulier utérus et anse sigmoïde. Le placenta est une masse importante: dans le cas de BOQUEL il pesait 1.200 gr. (fœtus 2.900 gr.); dans le cas de POTOCKI 1.500 gr. (3.130 grammes).

Les vaisseaux qui vont à la zone de nidation sont larges: parfois ils atteignent le volume d'un doigt (WERDER). Leur paroi est réduite à une couche endothéliale (Jos. de LEE): c'est dire leur friabilité et la difficulté de les lier. Ces caractères expliquent certaines hémorragies irrésistibles, que P. MOURE compare à une « marée montante » de sang.

Il paraît utile, comme le conseille A. C. BECK, d'instituer quelque temps avant l'intervention un traitement hémostatique pour essayer de diminuer les risques de cette hémorragie.

Voilà donc comment se présentent le sac et le placenta: quel traitement leur réserver après l'extraction de l'enfant?

Trois méthodes ont été préconisées, qui semblent avoir chacune leurs indications: ce sont l'extraction du sac et du placenta, la marsupialisation et la fermeture de l'abdomen pour résorption du placenta.

Extirpation du placenta. — L'extraction complète du sac et du placenta, après hémostase préventive, aussi complète que possible, est l'opération idéale; c'est elle qui, de l'avis de la plupart des auteurs contemporains, donne les meilleurs résultats.

Les conditions qui la favorisent sont: a) la réunion du placenta à la paroi par un pédicule qui peut être ligaturé; b) un accès facile sur les extrémités utérine et utéro-ovarienne de la zone de nidation; ou c) facile exposition du pédicule utéro-ovarien du côté enveloppé dans le ligament large et accès suffisant sur l'utérus du côté opposé pour permettre l'hystérectomie et effectuer ainsi une ligature de l'utérine.

La ligature préliminaire des vaisseaux nourrissant la

masse placentaire doit précéder toute tentative d'extirpation. Il est bon, s'il persiste après l'extraction un léger suintement, d'instituer le drainage à travers la paroi abdominale ou à la Mickulicz (BÉGOVIN, LACOUTURE).

Dans ces conditions on possède vraiment un procédé de choix; vivement conseillé par POZZI, FORGUE et MASSABUAU, A. C. BECK, LACOUTURE et CHARBONNEL, qui assure à la mère une garantie contre l'infection secondaire : les suites opératoires sont des plus courtes, la guérison survenant généralement aussi vite que dans la plus banale des laparotomies (obs. III à XV.)

Malheureusement, il n'est pas toujours possible d'agir ainsi; comme nous l'avons montré, la masse placentaire aux environs du terme est très développée et possède de multiples adhérences et anastomoses vasculaires avec les organes voisins; son décollement est vraiment laborieux et expose malgré de grandes précautions à une hémorragie terrifiante. Mais lorsqu'on se trouve en présence d'une grossesse moins avancée, vers le 5^e ou le 6^e mois, par exemple, le placenta et le sac sont beaucoup plus faciles à extirper, à cause de leurs dimensions moindres et des adhérences plus fragiles.

Nos observations III à XVI, montrent que cette méthode donne surtout de bons résultats pour ces grossesses assez jeunes. N'est-ce pas en faveur de l'intervention hâtive ?

Marsupialisation. — La marsupialisation du sac, dont on suture l'orifice aux lèvres de l'incision abdominale, fut particulièrement défendue par SEGOND et J. L. FAURE. Ces auteurs qui la préféraient à toute autre technique se basaient surtout sur l'avantage de ne pas exposer à de fortes hémorragies, puisqu'on ne touche pas au placenta ni aux adhérences.

Le placenta et le sac, extériorisés, s'éliminent lentement, en un temps variable de trois semaines à trois mois. C'est là un gros inconvénient; la femme, condamnée à une demi-

convalescence prolongée est exposée à deux gros risques : *hémorragie secondaire* du placenta qui peut se décoller et *putréfaction* du placenta avec presque toujours généralisation au péritoine. Les lavages antiseptiques de la poche, au Dakin par exemple (CHABONNEL et BALARD) qui agit comme désinfectant et « décapant », paraissent indiqués pour éviter le danger de putréfaction et hâter l'élimination de la masse placentaire.

Devant les aléas des suites opératoires, il semble bien, comme l'indiquent A. C. BECK, FORGUE et MASSABUAU, que la marsupialisation doit être limitée aux cas dans lesquels l'extirpation du placenta est contre-indiquée : soit qu'on ne puisse aborder les pédicules vasculaires et faire une hémostase prophylactique, soit que la présence d'infection nécessite le drainage, ou bien qu'au cours des tentatives de décollement du placenta il survienne une hémorragie qui oblige à recourir au tamponnement.

C'est un procédé de nécessité (obs. XIX, XV, XVI, XVII).

Abandon du placenta. — Après l'extraction du fœtus, on se contente de refermer l'abdomen en abandonnant le sac et son placenta : l'arrêt de la circulation placentaire aboutit à la longue à leur résorption. A. C. BECK, un des plus chauds partisans de cette méthode, reconnaît qu'on ne peut ainsi abandonner sans drainage une telle masse de tissus que s'il n'y a eu ni hémorragie ni infection. Cela restreint beaucoup les indications de ce procédé. « Mais encore, avoue BECK, il subsiste un léger danger d'hémorragie secondaire et l'infection provenant des intestins adjacents peut survenir avant que la résorption soit complète. Ces complications nécessitent une seconde intervention : s'il survient de la suppuration, le drainage peut être obtenu par le vagin ».

Il ne nous a pas été possible de retrouver d'observations où ait été fait l'abandon sans drainage du placenta. Notre jugement ne saurait être éclairé : mais rationnellement ce

procédé paraît infidèle ; sans écarter complètement le danger d'hémorragie qu'on reproche à l'extirpation, il laisse persister la menace d'infection comme dans la marsupialisation.

En somme, après extraction d'un enfant vivant sauf indications précises de la marsupialisation, tirées principalement de l'examen des connexions de l'œuf, après le 1^{er} temps de la laparotomie, ou de complications survenues pendant les tentatives de décollement du placenta et des membranes, *c'est à l'extirpation totale de l'œuf qu'il faut recourir de préférence.*

II. — Fœtus mort.

L'étude de la rétention fœtale, au Chapitre II, a montré qu'elle était l'occasion de troubles et d'accidents parfois mortels pour la mère. Il faut donc intervenir chirurgicalement pour enlever ce « corps étranger ». Les conditions et les moyens d'extraction sont différents, suivant que la rétention fœtale est récente ou ancienne.

Rétention fœtale récente. Après la mort de l'enfant, le placenta se rétracte et s'atrophie ; la circulation se ralentit et au bout de deux mois environ elle est presque arrêtée. Il y a donc intérêt à retarder l'extraction jusqu'au deuxième mois pour profiter de cette hémostase naturelle.

Mais nous avons vu le danger toujours possible d'une infection de l'œuf et par suite du péritoine ; comme dans le cas de LACOUTURE et CHARBONNEL (obs. XXIII) des phénomènes d'infection très grave, « prodromes d'une septicémie mortelle », obligent à une intervention d'urgence, avec tous les risques d'hémorragie placentaire d'une opération avec enfant vivant.

Cela suffit à faire rejeter la pratique dans laquelle il était conseillé de provoquer la mort du fœtus dans l'œuf, par du

poison, injections de morphine, par exemple. On peut ainsi, disait-on, attendre l'époque où l'arrêt de la circulation permet d'extraire le kyste fœtal sans danger d'hémorragie.

Dans la rétention fœtale récente bien tolérée, sous condition d'une surveillance très suivie, on pourra attendre le deuxième mois qui suit la mort du fœtus : l'extirpation totale sera facile et donnera entière satisfaction.

Rétention ancienne. — Il ne faut pas prolonger davantage cette expectative : au danger d'infection il s'ajouterait bientôt de grosses difficultés opératoires du fait des *adhérences qui augmentent en étendue et en intimité*. « On s'expose à des déchirures d'organes pendant l'opération et, dans la suite, à de l'occlusion intestinale. Ces dangers sont d'autant plus grands que le kyste fœtal est plus ancien ». (BÉGOUX).

Ces modifications de l'œuf peuvent être relativement précoce : chez la malade de VILLAR (obs. XXXIX), un an après le début de la grossesse et trois mois après le faux-travail la poche était déjà en voie de calcification. Le *lithopédion*, qui par sa présence mal tolérée oblige à une opération pénible et dangereuse, ne doit plus être rencontré que dans de vieilles grossesses ectopiques méconnues, comme dans le cas de PERDOUX où le diagnostic ne fut fait que 22 mois après le début de la grossesse, 13 mois après le faux-travail.

CHAPITRE IV

Mortalité maternelle. — Statistique.

De même qu'il a été fait pour le pronostic fœtal, il est peut-être utile de terminer l'étude du pronostic maternel par une statistique qui mette en relief la mortalité pour la mère, dans les interventions pratiquées au milieu et à la fin de la grossesse ectopique.

Nous savions déjà que cette mortalité, variable avec les auteurs, atteint pour certains des proportions vraiment effrayantes, d'autant plus grandes qu'on considère des grossesses plus proches du terme.

Nous allons passer rapidement en revue ces diverses appréciations.

Si, pour VIGNES, la mortalité qui monte à 45 % lorsqu'on est obligé de recourir à la marsupialisation, n'est que de 15 % lorsqu'on a pu faire l'extirpation du kyste ou seulement du placenta, les chiffres rapportés par SITTNER, R.-P. HARRIS et Van BOLL sont beaucoup plus élevés.

SITTNER donne 30. % dans les cas où l'on enlève le placenta.

Le Docteur R.-P. HARRIS rapporte 40 cas d'extraction du fœtus vivant de plus de 7 mois, avec une mortalité de 10 mères, soit 25 %.

Van BOLL, sur 83 opérations aux environs du terme, a trouvé 46 morts maternelles, soit 55 %.

Dans notre statistique, où nous avons étudié les résultats de 93 observations, le pourcentage est presque aussi élevé dans les derniers mois de la grossesse, après le 7^e mois.

Mais, du 5^e au 7^e mois, la proportion est de beaucoup moindre.

I. Plus de 7 mois :

68 grossesses	{	40 guérisons.
		28 morts, soit 41 %.

II. De 5 à 7 mois :

25 grossesses	{	22 guérisons.
		3 morts, soit 13 %.

Le pronostic opératoire est donc bien meilleur pour la mère avant le 7^e mois. A ce moment, la femme est moins épuisée, moins intoxiquée; elle peut mieux résister au choc opératoire et aux hémorragies : tout ceci est d'ailleurs réduit d'importance par le fait que le placenta n'est pas complètement développé et que les adhérences sont moins étendues qu'aux environs immédiats du terme.

L'extirpation totale du kyste, opération idéale, y trouve plus aisément toutes ses indications.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Grossesse extra-utérine opérée au 5^e mois.

Extirpation du sac et du placenta. Mickulicz. — Guérison.

(RIVIÈRE ET LACOUTURE. — *Observation inédite.*)

Femme de 33 ans ; antécédents spécifiques, ayant été traitée seulement il y a quelques années par plusieurs cures de sirop de Gibert.

IVpare : a) enfant mort et macéré ; b) avortement à 4 mois ; c) accouchement prématuré à 7 mois ; enfant vivant, bien portant.

Grossesse actuelle. — Dernières règles du 28 au 31 Décembre 1921, moins abondantes qu'à l'ordinaire.

En Février 1922, vomissements matutinaux et aussi alimentaires.

Au début de Mars, quelques coliques dans la soirée, qui prennent dans la nuit un caractère d'extrême violence avec vomissements et état syncopal. Le lendemain et les jours suivants, persistance de douleurs sourdes ; alitement de cinq semaines, injections et cataplasmes chauds.

Au début et au milieu d'Avril, quelques taches de sang pâle sur le linge.

Examen le 26 Avril 1922. — *A l'inspection* : ventre peu augmenté de volume. Pas de colostrum. *A la palpation* : petite masse dure, piriforme, verticale, sensiblement latéralisée à gauche vers la fosse iliaque. Douleur nette à la pression dans la fosse iliaque droite. *Toucher* : col dévié très en avant et à gauche.

orienté en bas, un peu à gauche, ramolli et déhiscent. Les mouvements imprimés à la petite tumeur abdominale se transmettent à lui. Cul-de-sac postérieur occupé par une volumineuse masse, un peu irrégulière, mais non bosselée, rénitente, à contours réguliers et nets, douloureuse en un point limité de sa surface, vers son centre. Cette masse paraît très fixée, non réductible.

Appareil urinaire. — Pas de troubles vésicaux.

On fait le diagnostic de grossesse extra-utérine, tubaire droite, rompue mais probablement en évolution abdominale. MM. le Professeur RIVIÈRE et le Docteur LACOUTURE décident la laparotomie d'urgence, qui est pratiquée aussitôt par le Docteur LACOUTURE.

Laparotomie. — A l'ouverture de la paroi, on trouve l'utérus latéralisé à gauche, dont le volume un peu exagéré fait penser qu'il y a grossesse utérine possible, puis une volumineuse tumeur en arrière de l'utérus, en avant de laquelle passe la trompe droite. C'est un œuf intra-ligamentaire, avec placenta inséré sur la trompe droite qui est rompue. Après incision du sac, extraction de l'enfant qui a fait quelques mouvements actifs, et qui mesure 14 centimètres environ.

Extirpation de l'œuf et de la trompe droite. En raison d'une légère hémorragie, on place un Mickulicz.

Suites excellentes pour la mère.

OBSERVATION II

Grossesse abdominale de 6 mois. — Laparotomie : extirpation du placenta. — Guérison.

(P. MOURE. — *Bull. et Mém. de la Société Anatom.*, Paris 1919.)

M. F..., âgée de 32 ans, se présente le 1^{er} Août 1919 à la consultation de Beaujon pour une tuméfaction douloureuse de l'abdomen. Cette femme, qui n'a jamais été malade, a normalement mené à terme une grossesse en 1910.

En Février dernier, arrêt des règles et signes de grossesse.

Le 9 Mai, survient une métrorragie abondante qui est considérée comme une fausse-couche. La malade s'est couchée du 9 au

30 Mai, continuant à perdre et à souffrir du ventre. Néanmoins, pertes rouges et douleurs s'atténuèrent progressivement et, le 1^{er} Juin, la malade peut se lever. Depuis lors, les règles n'ont jamais reparu et le ventre augmente progressivement de volume.

Dès que l'on découvre cette malade, le diagnostic de grossesse s'impose : l'abdomen est gros, rempli par une tumeur médiane arrondie, rénitente, qui dépasse l'ombilic de 4 travers de doigt, sans qu'il soit cependant possible de délimiter les différentes parties fœtales. Néanmoins, dans la région médiane on perçoit des saillies dures qui donnent la sensation de « petites parties ». La femme ne sent pas remuer et la palpation ne révèle aucun mouvement du fœtus. Pas de bruit du cœur perceptible.

Au toucher : col mou ; la tumeur est développée en dehors de l'utérus. On sent très nettement le corps de l'utérus augmenté de volume, atteignant environ les dimensions d'un utérus gravide de 3^e mois, repoussé en avant et à droite. La tumeur médiane rénitente présente un développement nettement abdominal, laissant libre le petit bassin : elle est absolument indépendante de l'utérus.

En présence de ces symptômes, je porte le diagnostic de kyste de l'ovaire à développement rapide au cours d'une grossesse.

Opération pratiquée le 31 Août. — Anesthésie à l'éther ; laparotomie médiane sous-ombilicale, en position inclinée. A l'ouverture de l'abdomen, on constate la présence d'une tumeur lisse, régulière et arrondie, recouverte de fausses membranes filamenteuses et lâches, qui l'unissent à l'épiploon et aux anses intestinales. Le fond de l'utérus apparaît en avant et à droite ; la trompe gauche se perd sur la partie antérieure de la tumeur qui donne vraiment l'impression d'un kyste de l'ovaire.

Libération facile des anses intestinales ; en insinuant la main sur la tumeur pour essayer de la luxer en avant, la paroi se rompt et un fœtus de 6 à 7 mois sort brusquement par la brèche. Il existe à peine quelques grammes de liquide amniotique ; le fœtus très comprimé n'est pas mort, mais pas viable : les membres inférieurs recroquevillés ne peuvent être mis en extension et présentent un vice de position et des déformations définitives. Section immédiate du cordon : on constate alors que le placenta s'insère sur la face postérieure du ligament large gauche, empiétant sur la paroi pelvienne latérale.

Légèrement tirailé au cours de ces manœuvres, il saigne abondamment et une véritable marée montante remplit rapidement l'excavation pelvienne ; l'hémorragie est maîtrisée par compression.

Constatant alors que le placenta peut être circonscrit, isolé et en quelque sorte pédiculisé en entraînant avec lui le ligament large, on place une première pince sur le pédicule utéro-ovarien, une deuxième au niveau de la corne utérine, et on peut enlever en bloc le ligament large et le placenta qui s'insère sur sa face postérieure, le débordant très peu en dehors et en arrière. L'hémorragie est immédiatement tarie et l'hémostase parfaite après ligature des deux pédicules et surjet de péritonisation.

Fermeture de la paroi en deux plans. Suites normales. Lever le 15^e jour. La malade, revue trois mois après, est en parfait état.

OBSERVATION III

Grossesse ectopique intra-péritonéale.

Faux-travail à 7 mois. — Laparotomie. — Extraction de l'enfant vivant et du placenta. — Guérison de la mère en 20 jours.

(JACOMET. — *Écho Médical du Nord*, 23 Juin 1907.)

Femme de 26 ans, primipare. Dernières règles le 26 Sept. 1906.

Les 5 premiers mois sont assez pénibles, douleurs et nausées ; existence précaire.

Le 5 Avril, douleurs simulant celles de l'accouchement ; entre à l'hôpital. Femme fatiguée ; enfant vivant très facilement accessible ; hystérométrie montre utérus vide.

Laparotomie : membranes incomplètes ; extraction de l'enfant vivant ; placenta inséré sur l'utérus, vessie, paroi abdominale. Décollement pénible au bistouri ; hémostase. tamponnement. drainage.

L'enfant pèse 2 kil. 310. mesure 42 centimètres : atrophie des orteils. La mère quitte l'hôpital avec son enfant le 21^e jour.

OBSERVATION IV

**Grossesse ectopique avec enfant vivant. — Opération à 5 m. 1/2.
Guérison de la mère.**

(PLAUCHU. — *Bulletin Soc. Obstét.*, Paris 1913.)

Femme de 26 ans, primipare. Dernières règles le 9 Mai 1912.

Juin : pertes rosées, douleurs. 22 Juillet : douleur vive et subite, ventre sensible, diarrhée ; repos. 15 Août : douleur, perte de sang, collapsus. Jusqu'au 2 Octobre : douleurs, amaigrissement, perte de forces. On croit à hématocele : pas de signes fœtaux.

Opération le 14 Octobre. Ablation du sac très adhérent, grosse hémorragie, choc. Fœtus mort au bout d'une heure. Guérison complète au bout d'un mois.

Fœtus mal formé : hyperflexion des cuisses ; bras déviés en dehors à angles obtus ; pieds bots atypiques. Sillon d'insertion des membranes suivant le sillon occipito-bregmatique. Tête allongée dans l'axe occipito-mentonnier.

OBSERVATION V

**Grossesse ectopique reconnue et opérée au 5^e mois.
Enfant vivant. — Guérison.**

(LE BEC. — *Paris Chirurgical*, 1870.)

Adhérences nombreuses, vascularisation notable, membranes transparentes. Ablation facile après ligature des pédicules utérin et utéro-ovarien. Pas d'hémorragie, guérison rapide. Fœtus vivant, mort rapide ; main bote, pied bot gauche, luxation de la cuisse droite.

OBSERVATION VI

**Grossesse ectopique opérée vers le 5^e mois. — Extirpation.
Fœtus vivant, mal formé ; guérison.**

(LE BEC. — *Paris Chirurgical*, 1910.)

Diagnostic de grossesse ectopique au 5^e mois ; fœtus vivant. Laparotomie décidée : adhérences nombreuses ; ablation de la trompe et de l'œuf ; pas d'hémorragie ; guérison. Le fœtus ne vit que quelques minutes : main bote. pied bot. dystrophie du maxillaire inférieur.

OBSERVATION VII

Grossesse ectopique de 5 mois 1/2 ; extirpation ; guérison.

(PSALTOFF. — *Revue gyn.*, 1903.)

Fœtus mœmifié de 5 mois environ dans une trompe. Dans l'autre, fœtus vivant du même âge. Ablation des deux kystes et hystérectomie sub-totale. Guérison.

L'enfant, retiré vivant, meurt rapidement.

OBSERVATION VIII

**Grossesse ectopique à 5 mois 1/2. — Extirpation totale de l'œuf.
Guérison.**

(PRYOR. — *Central. für. Gyn.*, 1903.)

Femme de 32 ans opérée à 5 mois 1/2 pour tumeur annexielle compliquant grossesse supposée normale.

Œuf extra-utérin contenant fœtus vivant de 500 grammes. Extirpation totale ; pas d'hémorragie ; guérison.

OBSERVATION IX

Grossesse ectopique opérée vers le 6^e mois. — Extirpation totale; guérison.

(LOWERFEL. — *Central. für. Gyn.*, 1903.)

Femme de 26 ans : douleurs à la 3^e semaine de la grossesse ; à 5 mois, écoulements de sang ; à 5 mois 1/2, grossesse ectopique reconnue. Opération : fœtus vivant, succombe peu après. Extirpation totale. Guérison.

OBSERVATION X

Grossesse ectopique opérée à 7 mois 1/2. — Extirpation totale; guérison.

(ALEXENKO. — *Central. für. Gyn.*, 1903.)

Femme de 24 ans, bipare. Au 4^e mois, douleurs pendant 8 jours et hémorragies. État général mauvais. Opération vers 7 mois 1/2. Le diagnostic de grossesse ectopique avait été fait. Ablation totale du sac. Guérison. Enfant de 1.200 grammes, ne vécut qu'une demi-heure.

OBSERVATION XI

Grossesse ectopique opérée vers 6 mois 1/2. — Extirpation totale; guérison.

(WINTER. — *Central. für. Gyn.*, 1903.)

Femme de 34 ans. Au 4^e mois de grossesse, douleurs et métrorragie. Diagnostic fait à ce moment. Enfant vivant ; douleurs persistantes. Opération à 6 mois 1/2. Fœtus libre et vivant. Extirpation du placenta. Guérison de la mère.

OBSERVATION XII

**Grossesse abdominale avec enfant vivant opérée à 6 mois 1/2.
Extirpation ; guérison.**

(STURMER. — *Obst. Soc. of London*, 7 Décembre 1904.)

Femme dont les règles ont cessé depuis 6 mois. Tumeur mal définie. Pas de sensation des mouvements du fœtus. Opération : fœtus vivant de 2 livres ; ne survit pas. Extirpation du kyste. Guérison.

OBSERVATION XIII

**Grossesse extra-utérine opérée au 7^e mois. — Extirpation ;
guérison.**

(TREUB. — *Soc. Obstét. de France*, 1908.)

Femme de 43 ans. Pendant grossesse supposée normale, douleurs prises pour sigmoïdite.

A 7 mois, diagnostic réel : douleurs vives ; opération décidée. Laparotomie : enfant vivant libre dans le cœlome ; extirpation du placenta ; guérison de la mère.

Enfant 1.950 grammes, bien constitué. Survit (?).

OBSERVATION XIV

**Grossesse extra-utérine de 7 mois.
Enfant vivant. Laparotomie. Extirpation du placenta ; guérison.**

(SITTENER. — *Arch. für Gyn.*, 1901.)

Femme de 30 ans, III^e pare. Dernières règles en Avril 1901.

Août : crise douloureuse, prise pour *crise d'appendicite compliquant la grossesse*. Octobre : douleur et métrorragie. On pense à grossesse ectopique. Cathétérisme utérin ; vacuité. Laparotomie : ablation du placenta. Enfant libre dans la cavité retiré vivant. Meurt au bout de 8 heures. Il était bien constitué.

OBSERVATION XV

**Grossesse ectopique. — Opération à 7 mois 1 2: guérison.
Enfant vivant.**

(SPÖRLIN. — *Central. für. Gyn.*, 1897).

Femme de 32 ans VIIpare. Dernières règles en Janvier 1896.

En Mars : douleurs, collapsus. Diagnostic de grossesse ectopique. Amélioration.

19 Septembre : souffle placentaire. Enfant semble mort. Laparotomie, tentative de décollement. Hémorragie grave. Marsupialisation et tamponnement. Guérison de la mère. Enfant pèse 1.200 grammes : mesure 37 centimètres. Malformation crânienne et du maxillaire inférieur. Ne vit que 2 jours.

OBSERVATION XVI

Grossesse extra-utérine à 7 mois 1 2. Opération. Marsupialisation ; guérison.

(HELLIER. — *Austral's Med. Gaz.*, Sydney 1900.)

Grossesse extra-utérine de 7 mois 1/2, reconnue et opérée pendant le faux-travail. Placenta laissé en place, sac marsupialisé. Après 7 semaines, extraction en bloc du sac, sans hémorragie. Guérison. Enfant ne survécut que six heures.

OBSERVATION XVII

Grossesse ectopique à 6 mois 1/2.

Menace de rupture. Laparotomie. Marsupialisation : guérison.

(BOISSARD. — *Soc. Obstét.*, Paris 1899.)

Femme de 39 ans. VIpare. Dernières règles le 15 Mars 1898.

On croit à grossesse compliquée de fibrome. M. BOISSARD fait le diagnostic de grossesse ectopique. Le fœtus est vivant. Le

27 Octobre, douleur subite et tension de l'œuf. Laparotomie d'urgence ; résection des membranes après extraction du fœtus et marsupialisation. Hémorragie légère, drainage.

Lavage de la poche ; écoulement fétide par l'orifice. Tentative de décollement du placenta au 20^e jour : hémorragie abondante. Le 43^e jour, l'élimination se fait en bloc ; le délivre pèse 170 gr. Guérison définitive 77 jours après l'opération.

Enfant de 550 grammes ; succombe rapidement.

OBSERVATION XVIII

Grossesse ectopique de 5 mois 1/2. — État misérable de la mère. Extirpation totale ; guérison.

(Bazy. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris 1919.)

Fœtus de plus de 5 mois qui, en se développant dans le petit bassin, avait donné lieu à des douleurs très violentes, et de plus en plus violentes, au point que la patiente était dans *un état des plus misérables*. Opération d'urgence ; extraction d'un fœtus de plus de 5 mois encore vivant, quoique *tout déformé*.

Extraction du cordon et du placenta. Fermeture de l'abdomen. Guérison parfaite de la malade.

Bazy note qu'il n'y avait pas eu d'hémorragie du placenta adhérent.

OBSERVATION XIX

Grossesse tubo-abdominale au 7^e mois. Intervention pendant le faux-travail. — Extraction d'un enfant vivant. — Marsupialisation ; guérison.

(Charbonnel et Balard. — *Bull. Soc. Obst. et Gyn. de Paris*, n° 1, 1920.)

Femme de 26 ans, entrée à la Clinique Obstétricale le 27 Septembre 1919 : enceinte de 6 mois 1/2 à 7 mois, elle vient consulter pour des douleurs abdominales.

A. P. Régulée à 16 ans régulièrement, mariée à 20 ans ; accou-

chement 9 mois après d'une fille bien portante ; pas de suites pathologiques.

Depuis 6 ans, ni grossesse ni avortement.

H. M. Dernières règles, 15 Février ; en Mars, quelques douleurs du bas-ventre ; en Mai, hospitalisation à l'hôpital Saint-André ; on porte le diagnostic de pelvi-péritonite et, le 18 de ce mois, hémorragie utérine qui dure 6 jours. Le 16 Juin, la malade quitte l'hôpital, améliorée. Son abdomen continue à grossir ; elle souffre. Une sage-femme porte le diagnostic de grossesse, avec enfant mort. Le 15 Septembre, elle est vue à la Clinique par M. le Prof.-agréé PÉRY qui, devant la difficulté de l'examen, réserve son diagnostic.

Examen le 26 Septembre 1919. — Femme amaigrie, en état de misère physiologique, accusant des douleurs abdominales intermittentes. Temp. 37°8. Le ventre est celui d'une grossesse de 6 mois environ, dépassant l'ombilic. Pas de contractions de la tumeur abdominale ; on ne délimite pas de parties fœtales.

Dans la fosse iliaque gauche, au-dessus du pubis, on sent une tumeur allongée, dure, régulière, dont la dureté est parfois plus accusée : on la prend pour un fibrome du segment inférieur.

Auscultation négative.

Au toucher, l'excavation est remplie par une tumeur régulièrement tendue et dans laquelle il semble qu'on trouve une petite tête fœtale : le col est accroché derrière la symphyse, à gauche, et retenu par la masse constatée au palper dans la fosse iliaque ; les mouvements se transmettent de cette masse au col. La tumeur pelvienne n'a pas de contractions.

Devant ce tableau symptomatique, nous pensons à l'ancienne dilatation sacciforme de la partie postérieure du segment inférieur, produite par suite de l'accrochage du col à la symphyse par un fibrome. Plus exactement, selon la théorie aujourd'hui admise, il s'agirait d'une grossesse avec rétro-flexion, la partie antéro-supérieure de l'utérus s'accroissant seule et devenant abdominale en s'amincissant progressivement, au point que, dans certains cas, le fœtus peut sembler sous la paroi abdominale même.

Les douleurs accusées nous font penser à un début de travail, d'autant que la malade perd des glaires et que nous avons perçu un durcissement du pseudo-fibrome, sans avoir pris garde que ce

durcissement ne s'étendait pas au reste de la tumeur abdominale.

La fièvre, l'absence des bruits du cœur nous font enfin croire à la mort de l'enfant, avec début d'infection amniotique. Il y a donc urgence, pensons-nous, à vider l'utérus. La voie basse paraît impraticable en raison de la situation du col.

Opération. — Or, voici ce qu'a montré l'opération pratiquée le 28 Septembre 1919, à l'hôpital Tastet-Girard, par M. CHARBONNEL que nous avons appelé en l'absence de notre ami, M. LACOUTURE. Laparotomie médiane : on arrive de suite sur une poche latérale droite, dépassant la hauteur de l'ombilic, arrondie mais mal limitée, accolée aux anses intestinales, écravatée en haut et à droite par les colons ascendant et transverse. A gauche, oblique dans la fosse iliaque, se trouve le pseudo-fibrome qui n'est autre que l'utérus hypertrophié.

Il est facile de voir d'emblée qu'il s'agit en fait d'une grossesse ectopique ; pour préciser, tubo-abdominale droite, car la trompe droite distendue progressivement a, pour ainsi dire, disparu. Comme il y a eu travail (en l'espèce faux-travail), et croyant le fœtus déjà mort avec début d'infection amniotique, nous nous mettons en devoir d'extirper la poche en bloc sans l'ouvrir : pour ce faire, les annexes gauches étant malades, nous faisons première l'hystérectomie sub-totale pour tâcher d'attaquer la poche en bas et à gauche, dans sa zone décollable : elle s'étend jusqu'au plancher du bassin distendu par la tête fœtale et le décollement est impossible. Nous reportant en haut, nous amorçons progressivement le décollement des colons, faisant en passant l'extraction de l'appendice coudé et adhérent par sa pointe ; l'hémorragie est abondante, l'opération avance peu. C'est alors que nous nous décidons, après protection du péritoine, à ouvrir la poche : l'extraction d'un enfant bien vivant nous explique de suite l'abondance de l'hémorragie provoquée par les essais de décollement.

Nous essayons cependant de poursuivre ce décollement amorcé pour faire une extirpation complète de la poche et du placenta, qui est collé à la fosse iliaque interne, en face de la bifurcation de l'iliaque primitive : devant le volume des vaisseaux, la friabilité de la poche, l'hémorragie persistante, et étant donné surtout l'état cachectique de la femme, nous devons y renoncer ; nous devons nous contenter d'enlever rapidement la partie de la poche

déjà libérée et de marsupialiser le reste, en attirant autant que possible le placenta entre les lèvres de la plaie. A la partie inférieure, dans la partie de la poche qui plonge profondément dans le bassin, nous plaçons un Mickulicz; à la partie supérieure au-dessus du placenta, un deuxième Mickulicz moins volumineux. Sutures au fil d'argent de la paroi.

Suites. — L'enfant, d'un développement physique insuffisant, 1.100 grammes, n'a vécu que 38 heures.

La mère : les suites ont été fébriles jusqu'au 16^e jour, la réaction péritonéale, légère, a duré 3 jours. Le 30 Septembre (3^e jour), on a retiré 2 des 3 mèches du Mickulicz inférieur; le 4 Octobre (8^e jour), les 2 Mickulicz ont été enlevés.

Le placenta, nettoyé tous les deux jours au liquide de Dakin (qui semble devoir être très indiqué dans ces cas comme désinfectant et comme « décapant »), peut être complètement enlevé au 10^e jour; pas d'hémorragie.

A partir du 16^e jour, plus de température, amélioration rapide; mais, le 1^{er} Novembre, durant 4 jours, accidents péritonéaux légers, cédant à la glace et répondant sans doute à la formation d'adhérences.

Depuis, état excellent. Novembre, plus de température; Décembre, de même; la cavité se comble; fin Décembre, elle est réduite à une petite cavité de 4 centimètres de profondeur qu'on comble d'ambrine. Le ventre n'est pas sensible à la pression en aucun point. Les selles sont normales.

OBSERVATION XX

Grossesse ectopique de 6 mois. — Compression, coliques, vomissements, lipothymies, mauvais état général. — Laparotomie. — Incision du sac au niveau du placenta. — Hémorragie. — Mort de la mère et de l'enfant.

(Le Bec. — *Bull. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1891.)

F..., 35 ans. Il y a 13 ans, accouchement à terme; 3 ans après, hématocele; depuis, règles douloureuses.

Dernières règles le 20 Septembre 1887. A partir du 15 Octobre, vomissements et douleurs dans le ventre.

15 Février : ventre développé comme grossesse de 5 mois ; hystérométrie : 14 centimètres. Constipation ; gêne mécanique de la miction.

25 Février : coliques douloureuses, écoulement sanguin.

20 Mars : coliques intenses ; vomissements incoercibles, affaiblissement rapide. Lipothymie.

22 Mars. — *Laparotomie* : ligament latéral gauche soulevé par le kyste fœtal qui aurait été rompu antérieurement, à en juger par la présence de caillots libres dans le péritoine. Surface régulière, lisse, violacée, fermée par le placenta qui l'enveloppe complètement. Hémorragie ; compression en masse. La plaie largement saupoudrée d'iodoforme est maintenue ouverte. Mort deux heures après ; l'enfant vécut 20 heures.

OBSERVATION XXI

Grossesse tubo-interstitielle rompue au 7^e mois. — Mort de la mère et de l'enfant.

(BAR et BUFNOIR. — *L'Obstétrique*, 1903.)

Violentes douleurs dans le ventre ; vomissements ; facies pâle et grippé, ventre douloureux, palpation impossible ; état très grave. La mort survient rapidement avant toute tentative d'opération.

Autopsie. — Partie interstitielle de la trompe dilatée par kyste fœtal. Nombreuses adhérences périphériques. La déchirure a intéressé le placenta. Nombreux caillots dans le péritoine. Fœtus 1.075 grammes ; mort à la suite de rupture.

OBSERVATION XXII

Grossesse extra-utérine de 5 mois 1/2. — Mort de l'enfant. Métrorragie grave ; laparotomie ; extirpation du placenta ; mort de la mère.

(DELAUNAY. — *Bull. Soc. Obst. de Paris*, 1901.)

Grossesse ectopique reconnue ; enfant vivant ; on hésite sur la conduite à tenir ; sur ces entrefaites, il succombe. Violente métror-

ragie. On décide d'intervenir. Extraction de l'enfant mort depuis peu. Après réflexion, extirpation totale de l'œuf. Hémorragie grave. La mère meurt du choc, malgré les moyens mis en œuvre pour la combattre.

OBSERVATION XXIII

Grossesse extra-utérine (tubo-abdominale) arrivée à terme.

Accidents graves. — Laparotomie. — Extraction du fœtus mort et du placenta. — Hystérectomie ; guérison.

(LACOUTURE et CHARBONNEL. — *J. de Méd. de Bordeaux*, 18 Fév. 1912.)

M^{me} B..., 39 ans. Pas d'antécédents héréditaires ni personnels à signaler. Réglée régulièrement depuis l'âge de 14 ans, elle s'est mariée à 21 ans et a eu 3 grossesses espacées de 2 et 5 ans, grossesses absolument normales, sans suites pathologiques.

Au mois de Juin 1910, commence en somme son histoire pathologique. A ce moment, elle présente un retard de quelques jours dans ses règles et, à la suite, une hémorragie assez abondante qui s'arrête en 2 jours sous l'influence du repos. Réglée en Juillet et en Août, elle présente une autre hémorragie vers le milieu de ce mois, pendant 10 jours. Ne voit pas de médecin et passe ainsi Septembre, Octobre et Novembre avec règles régulières. Mais, en *Décembre*, elle se sent très fatiguée. Elle ne pense pas d'ailleurs au début d'une grossesse, car elle n'en ressent pas les troubles habituels.

Durant Décembre, Janvier, Février, menstrues irrégulières ; peu abondantes en Décembre et Janvier, elles font défaut en Février, si bien qu'on peut se demander si l'on n'a pas affaire à des pertes sanguines pathologiques, imputables au début de la grossesse ectopique vers cette époque (Décembre).

Le début de Mars est marqué par une métrorragie sans aucune douleur lombo-abdomino-pelvienne, hémorragie qui dure environ 8 jours. La fatigue générale va en augmentant et, vers le 12, à la suite d'une marche un peu longue et du repas de midi, la malade est prise de douleurs épigastriques, de vomissements, et enfin d'évanouissement. Le médecin consulté pense à une péritonite.

Tout cela s'améliore d'ailleurs en quelques jours. Mais, dès lors, M^{me} B... devient absolument impotente; elle est obligée de garder le lit.

Au début d'Avril, nouvelle crise plus intense encore, cette fois-ci avec des douleurs abdominales très caractérisées et très intenses, des vomissements bilieux sans fièvre. C'est seulement à ce moment que la malade constate une augmentation de volume encore légère de son abdomen. Cette crise passe encore sous l'influence de la glace.

En Mai, la tuméfaction devient plus nette.

Au mois de Juin, la malade essaie de se lever, mais elle ne peut guère rester debout. Les règles sont toujours absentes. Elle constate que la grosseur abdominale se déplace de gauche à droite en augmentant manifestement (*n'a jamais sentis les mouvements actifs du fœtus*).

Le Professeur CHAVANNAZ, consulté en Juillet, pense à un fibrome, peut-être avec grossesse. C'est aussi le diagnostic que nous portons et que partage le Professeur DEMONS consulté à ce sujet, quand nous voyons la malade le 24 Juillet.

Examen. — Dans l'hypogastre et les fosses iliaques, on sent une tuméfaction diffuse, mal limitée, plutôt mollassse, remontant à droite vers l'hypocondre et jusqu'au dessus de l'ombilic, moins haut à gauche, légèrement douloureuse à la pression, ne se contractant pas sous la main. Zones mates et sonores sans distribution nette, mais la sonorité paraît entourer la matité. Masse non mobilisable; on ne peut pas la « pédiculiser » vers le petit bassin. On ne sent pas de parties fœtales. Le toucher vaginal permet de trouver un col utérin gros, mou, en haut et à droite; le corps utérin, qu'on soupçonne augmenté de volume, se perd dans le pôle inférieur de la masse qui fait saillie, surtout dans le cul-de-sac latéral gauche. La main abdominale ne transmet au doigt vaginal aucun mouvement et réciproquement. Auscultation négative: ni bruits du cœur ni souffle placentaire (rappelons ici que le Docteur DEMONS nous avait fait remarquer les battements que percevait le doigt vaginal appuyé sur la tumeur, battements attribués à une artère vaginale). Examen des seins: auréole brunâtre; un peu de colostrum.

État général très mauvais, très alarmant. Malade très faible.

maigrie, hyperthermique (38°), pouls petit, lipothymies continues, etc.

Étant donné l'histoire (métrorragies, irrégularité des règles au début) et l'examen qui ne laisse pas de doute sur l'existence d'une grossesse, on pense à *grossesse compliquée de fibrome, peut-être lui-même sphacélé, avec poussées de réaction péritonéale*. Diagnostique accompagné d'un gros point d'interrogation : mais la grossesse ectopique, à laquelle l'un de nous, instruit par un fait récent et antérieur, songeait un peu, ne fut pas envisagée d'une façon nette.

La malade entre à la Maison de Santé le lendemain. Là elle est reprise, quelques jours après, d'accidents très graves : vomissements porracés très abondants, continuels; absence de matières et de gaz, fièvre à oscillations, état général de plus en plus bas, accidents évidemment d'origine péritonéale.

Enfin, ces crises étant un peu atténuées, malgré, ou plutôt à cause de la persistance des grandes oscillations et des signes d'infection progressive, nous intervenons le 25 Août 1911. Nous allons voir que cette intervention nous met en présence d'une grossesse abdominale avec fœtus mort.

Cette observation peut être rétrospectivement reconstituée : début de la grossesse anormale vers Novembre et Décembre 1910. A ce moment, fatigue, irrégularité, absence de règles. Vers le 4^e mois, en Mars, développement du fœtus hors de la trompe : accidents sérieux faisant songer à la péritonite. Ces accidents passés, amélioration, bien incomplète d'ailleurs, avec poussée en Avril. C'est à ce moment que la tumeur devient perceptible à la malade et au médecin et augmente désormais en se portant à droite. La grossesse suit son cours en Juin et Juillet. Un point important demeure obscur : *à quel moment est mort le fœtus ?*

Il nous a été impossible de retrouver les signes du *faux-travail*, probablement confondu dans le complexe douloureux. Le fœtus est-il mort à terme ou à peu près, c'est-à-dire vers la fin de Juillet ? Nous le pensons, car, d'une part, l'augmentation progressive du ventre jusqu'en Juillet; l'absence des bruits du cœur lors de l'examen, le 26 Juillet, les accidents d'infection du sac qui suivent la mort du fœtus et qui se déclarèrent dans les premiers jours d'Août; d'autre part, ce fait que le fœtus était peu macéré, le liquide ni purulent ni fétide et le placenta encore très vasculaire.

tout nous porte à croire que le fœtus n'était pas mort depuis longtemps (fin Juillet probablement) et que *l'opération fut pratiquée par conséquent, point important, environ un mois après cette mort.*

Intervention. — A l'ouverture de l'abdomen, on tombe de suite sur une tumeur d'aspect violacé, tendue, rénitente, à laquelle adhérent de toutes parts, et en particulier en haut, les anses intestinales : elle remonte en haut et à droite jusque dans l'hypochondre. Au cours de la libération laborieuse de l'intestin, une petite déchirure de la poche très friable donne issue à un flot de liquide amniotique brun rougeâtre, trouble, peu odorant. Par la perforation agrandie un petit pied se présente, et nous extrayons un fœtus mort, peu macéré, ayant les dimensions d'un fœtus de 8 à 9 mois environ. Le cordon ombilical croise obliquement de haut en bas et de droite à gauche la cavité de la poche fœtale pour venir s'insérer en bas dans la partie gauche du petit bassin sur un placenta volumineux, adhérent intimement à tous les organes de ce petit bassin. L'utérus, du volume d'un utérus de 3 mois, se trouve repoussé par le placenta qui lui adhère en haut et à droite. Nous entreprenons l'hystérectomie du côté sain, par la méthode de la section continue de A. KILLY. Les ligaments droits pincés et sectionnés, les utérines pincées, l'utérus renversé à gauche, nous pratiquons de bas en haut *le décollement lent du placenta.*

Nous ne pouvons mener à bien ce temps laborieux que progressivement, en pratiquant une hémostase difficile, surtout au niveau de la veine iliaque, qui doit être liée latéralement, et en dénudant l'uretère gauche. Enfin l'hémorragie abondante peut être jugulée ; par cette ablation complète du placenta, nous évitons la marsupialisation simple de la poche.

L'ablation des débris de la poche fœtale friable, molle, collée, fut un dernier temps difficile, poussé le plus loin possible ; résection de l'appendice adhérent ; réparation d'une brèche du méso-colon ascendant. Enfin, la large cavité, légèrement suintante, fut drainée à la Mickulicz et l'abdomen refermé au fil d'argent. Durée : une heure et quart.

Suites opératoires assez tourmentées. Le lendemain et le surlendemain, dissociation du poulx et de la température, lipothymies fréquentes. Les jours suivants, amélioration de l'état général ; le

drainage remplit bien son office. Le 13^e jour des accidents sérieux (vomissements) avec grandes oscillations thermiques firent craindre une infection généralisée. Les injections intra-veineuses de sérum, d'électrargol, améliorèrent peu à peu la situation et, à partir du 23^e jour, tout rentrait dans l'ordre.

La malade sortait au bout d'un mois et dix jours : elle est actuellement (5^e mois) en très bonne santé.

OBSERVATION XXIV

Grossesse abdominale opérée près du terme avec enfant vivant ; guérison.

(FRANKLIN A. DORMAN. — *Am. J. Obstetrics*, 1919.)

Femme de 29 ans. Mariée Janvier 1916. En Avril elle croit avoir fait une fausse-couche.

En Mai, Juin, Juillet, règles normales.

En Août 1916, pas de règles, mais à la fin du mois elle commence à se tacher et cela quotidiennement jusqu'à la fin de Septembre. Durant ce temps, nausées et vomissements, quelques douleurs qui durent jusqu'à l'entrée à l'hôpital.

En Septembre, la malade note deux masses dures dans le bas-ventre. Son abdomen augmente progressivement et il est toujours sensible.

Vers la fin de Février 1917, les pieds et les jambes commencent à enfler.

13 Février : urines normales.

13 Mars : Albuminurie marquée.

Malgré le régime, le 1^{er} Avril il y a 5 grammes par litre.

Admise à l'hôpital le 4 Avril pour albuminurie. Avec diète et repos légère amélioration.

Après trois semaines, on n'a pas d'amélioration sensible de la toxémie ; pour cela et à cause de plusieurs fibromes dans le segment inférieur, on décide l'opération césarienne.

Opération le 23 Avril, à 1 une semaine du terme.

Laparotomie : on trouve un sac de grossesse ectopique, adhérent

à l'épiploon. Extraction de l'enfant. Hémorragie profuse; sac libéré rapidement de l'épiploon après ligatures et extrait en bloc. Ce sac était en relations avec le ligament large droit : probablement n'en était-il qu'une extension.

Utérus gros de 4 mois, avec 4 fibromes interstitiels en arrière. Hystérectomie sub-totale, en laissant l'ovaire gauche. Suture du ligament large lésé et fermeture de l'abdomen après hémostase soignée.

Le fœtus, légèrement « étonné », respira peu après l'extraction.

Fille, 6 livres 1/2. *Pied bot en talus*, avec légère contracture du gros orteil.

Convalescence normale de la mère qui se levait le 12^e jour; mais le 15^e jour la fièvre montait à 101° F. et il se développait une phlébite fémorale. Évolution favorable, car le 27^e jour la mère et l'enfant sortaient de l'hôpital en bon état.

L'enfant, revu à 22 mois, était développé normalement, peut-être plus avancé que les enfants de son âge.

OBSERVATION XXV

**Grossesse tubo-abdominale opérée près du terme
avec enfant vivant. — Extirpation totale du sac. — Guérison.**

(FRANKLIN A. DORMAN. — *Am. J. of Obst.*, 1919.)

Femme de 39 ans, primipare. Pas d'antécédents.

Dernières règles : 22 Février 1917.

Aux 2^e et 3^e mois de la grossesse, nausées et douleurs côté droit; à ce moment, entre à l'hôpital d'une ville de l'ouest, où on lui dit qu'elle a une grossesse ectopique et qu'une opération était urgente.

Mais un médecin plus âgé infirma ce diagnostic, concluant à grossesse normale.

Premiers mouvements sentis en Juillet.

28 Septembre 1917 : douleur soudaine du côté droit; shock grave. On pensa d'abord à un décollement du placenta : morphine, amélioration. L'absence de contractions fait rejeter l'idée d'une hémorragie intra-utérine importante.

L'examen abdominal montre une masse centrale grosse comme un utérus de 7 mois 1/2. Parties fœtales facilement senties; au

fond du vagin on sent la tête; col à droite : l'extrémité du doigt peut y pénétrer d'un pouce et en deux occasions une sonde fut introduite dans l'utérus qui avait une profondeur de 10 centimètres.

Diagnostic de grossesse extra-utérine; malade en observation.

Le 7 Novembre, légère albuminurie; entre à l'hôpital; régime sévère.

Opération le 17 Novembre, 12 jours avant le terme probable.

Laparotomie. Le sac fœtal présente quelques adhérences avec l'épiploon. Ouverture du sac. La main passant à travers la placenta, saisit la tête et extrait l'enfant. Fille de 4 livres 1/2, légèrement cyanosée et qui ne respire pas d'abord, mais criait bien au bout de 10 minutes. Fermeture de l'incision du sac par des pincés. Les adhérences à l'épiploon sont sectionnées entre deux pincés. Le sac, suivi jusqu'à son origine sur le ligament large gauche, fut excisé. Hémostase; suture l'un à l'autre des bords du ligament large.

A droite, le sac était adhérent près du cœcum à l'intestin. Au milieu, caillot brun : là était sans doute la raison de la crise douloureuse survenue le mois avant notre premier examen de la malade.

Extirpation du sac et du caillot. Fermeture de l'abdomen. L'opération, avec « gaz » et éther dura 45 minutes. Suites opératoires excellentes. Le 23^e jour la mère et l'enfant rentrent chez eux en excellente condition. L'enfant ne peut pas téter sa mère, mais ne présentait pas d'anomalies. A son départ, il pesait 10 onces de plus qu'à sa naissance.

OBSERVATION XXVI

Grossesse tubaire à terme. — Laparotomie; extirpation totale du kyste. — Enfant vivant; guérison.

(R. E. SMITH. — *The Lancet*, London 1920.)

M. P..., 32 ans. III^e pare; grossesses normales.

Réglée régulièrement. La dernière fois le 10 Avril 1919, pendant 5 jours.

Le 12 Juin, vraisemblablement la 8^e semaine de la grossesse, elle fut soudain prise de douleurs violentes, côté gauche du bas-ventre;

crampes dans la jambe gauche. Gardà le lit 2 jours et elle eut, croit-elle, une menstrue de 4 jours, ce qui était plutôt le résultat d'une rupture tubaire ou d'un avortement.

Examinée par son docteur : masse indéfinissable région pelvienne, en apparence insuffisante pour diagnostiquer une hématocele pelvienne (au moins très petite), mais plutôt faisant songer à une grossesse tubaire.

7 jours plus tard, nouvelle crise, semblable à la première, mais moins grave, sans hémorragie externe et ne nécessitant pas le repos au lit.

Toutes les 2 ou 3 semaines, jusqu'au terme, nouvelles crises douloureuses sans hémorragie, qui ne l'obligent pas à interrompre son travail plus de quelques heures.

La malade allait ainsi, croyant n'avoir qu'une grossesse avec troubles particuliers, mais marchant normalement comme d'habitude.

En Octobre et Novembre, pollakiurie et incontinence : avec cela écoulement vaginal important où l'on trouva des coli.

Le 22 Décembre, je la vois en consultation avec le Dr W. P. STARFORTH, de Barry. Elle était en travail depuis 16 à 20 heures. Douleurs fréquentes et fortes. L'examen et la palpation de l'abdomen montrent une grossesse à terme, le fond de « l'utérus » étant repoussé du côté droit.

Toucher vaginal : col très haut, presque hors d'atteinte : une vieille déchirure et une érosion avec endocervicite expliquent les pertes abondantes. Col légèrement ramolli et en partie dilaté, mais sans rapport avec un col au moment du travail.

Toucher rectal : grosse masse dure côté gauche, correspondant à la tête de l'enfant.

L'utérus pouvait être la grosse tumeur sentie dans l'abdomen. Ajoutant trop de foi aux dires de la malade qui croyait avoir été soignée pour un simple avortement, on porta le diagnostic de dystocie du travail, soit par rigidité du col, soit par une tumeur para-utérine.

Opération. — *Laparotomie.* — Un « utérus » paraissant à terme fut soigneusement extrait de la cavité abdominale. On doit sectionner une adhérence du pôle supérieur avec le grand épiploon. L'incision de « l'utérus » montra qu'il était extraordinairement mince. L'enfant fut rapidement extrait. L'absence des

contractions habituelles de l'utérus, malgré l'injection préalable de 1^{cm}³ de «pituitrin», fit soupçonner une grossesse extra-utérine.

On enleva un placenta normal de la paroi postéro-supérieure du sac, dont un examen sérieux ne révéla aucune rupture.

Excepté à l'endroit du placenta, le sac était uniformément souple et ses parois recouvraient complètement le fœtus.

Pas de traces d'hématocèle ou de caillots organisés, de telle sorte que s'il y avait eu rupture elle aurait été incomplète et négligeable.

La trompe gauche était normale pendant quelques centimètres, puis s'épanouissait pour former le sac fœtal.

Le sac rempli rapidement de sang fut lié momentanément. Incision et dissection du péritoine recouvrant le sac, dont on ne put libérer complètement la portion pelvienne.

Trompe gauche ligaturée à sa naissance; trompe droite liée et sectionnée pour stérilisation.

On extirpe la plus grande partie du sac, avec la portion où s'insérait le placenta. On place quelques sutures aussi loin que possible pour capitonner les parois de ce qui reste et par un surjet on rassemble les bords du sac, afin d'arrêter l'hémorragie.

L'hémostase étant parfaite on referme le péritoine. Toilette abdominale rapide et fermeture sans drainage. Opération terminée en moins d'une heure.

Enfant à terme, bien développé, ayant bonne couleur, de 3 livres 1/2.

Bosse région pariéto-occipitale gauche. Le côté droit du cou était complètement déprimé comme si une boule avait été pressée contre lui; la mâchoire participait à cette malformation. Mais réparation spontanée en quelques semaines.

Guérison de la mère en 15 jours.

OBSERVATION XXVII

Grossesse extra-utérine avec enfant vivant.

(BRAUM. — *Cent. für Gyn.*, 1903.)

Au 7^e mois violentes crises syncopales qui s'améliorent puis reviennent. Opération au voisinage du terme. Enfant retiré

vivant 1.700 grammes. Meurt rapidement. Poche marsupialisée. Mère succombe 4 heures après l'opération, à la suite d'une hémorragie considérable pour décollement partiel du placenta.

OBSERVATION XXVIII

Grossesse ectopique au voisinage du terme (faux travail).

(MATE. — *British. Med. J.*, 1918.)

Marsupialisation; mort de la mère, d'hémorragie secondaire, par décollement du placenta au 4^e jour.

Enfant ne survit pas.

OBSERVATION XXIX

Grossesse extra-utérine avec enfant vivant.

(HAND FIELD JONES. — *The Lancet*, 1895.)

Laparotomie au voisinage du terme. Marsupialisation. Drainage. Suites heureuses pendant quelques jours, puis insomnie, perte d'appétit, amaigrissement progressif, pouls faible et rapide. La mort survient au bout de 10 jours, précédée par dyspnée et hypothermie. A l'autopsie, *placenta énorme adhérent à la veine iliaque interne*.

Pas de traces de pus. Toxinhémie.

OBSERVATION XXX

Grossesse extra-utérine opérée au voisinage du terme.

(DURMING. — *Am. J. Obst.*, New-York, 1899.)

Marsupialisation. Menace de septicémie. ablation du placenta au cinquième jour. Mort d'hémorragie.

OBSERVATION XXXI

Gestation ectopique opérée à terme.

(FORSTER. — *Homeopatic Surgery and Gyn.*, 1898.)

Extirpation du placenta. Enfant retiré vivant. Violente hémorragie. Mère morte du choc au cinquième jour.

OBSERVATION XXXII

Grossesse extra-utérine opérée au voisinage du terme.

(MULLER. — *Cent. für Gyn.*, 1903.)

Douleurs vers le 6^e mois. Enfant retiré vivant. Ablation du placenta. Hémorragie grave ; la mère succombe 1 heure après l'opération.

OBSERVATION XXXIII

Grossesse ectopique opérée à 7 mois 1/2. — Hémorragie grave. Mort de la mère.

(WERDER. — *Ann. J. Obst.*, 1908.)

2^e mois perte de sang. 5^e mois crise douloureuse. 7^e mois fœtus vivant facile à sentir sous la paroi. Faiblesse générale de la mère. Opération à 7 mois 1/2. Tentative de décollement du placenta. Hémorragie grave. Compression de l'aorte : extirpation rapide du placenta. Mère morte le 3^e jour par suite du choc. Enfant débile, malformé, meurt rapidement.

OBSERVATION XXXIV

Grossesse ectopique avec enfant vivant; hypertrophie volumineuse du col; laparotomie au voisinage du terme; extirpation du placenta et des membranes; guérison.

(DEMELIN et DEVRAIGNE. — In Thèse DELCAMP, Paris, 1918.)

Enfant vivant mal formé : 3.750 grammes.

Région pariéto-temporale gauche aplatie. Saillie de la région correspondante à droite. Saillie de la bosse frontale droite. Hémiatrophie gauche du massif facial. Développement physique normal. Les malformations ont persisté.

OBSERVATION XXXV

Grossesse extra-utérine abdominale à terme chez une primipare; ablation du sac et du placenta; guérison.

(POTOCKI. — *Archives Gynécol. et Obstét.*, 1908.)

Enfant 3.430 grammes. Microcéphale (os dur, suture et fontanelles soudées). Diamètre inférieur de 1 centimètre à la normale.

Jusqu'à 6 mois développement normal. A 6 mois, convulsions, strabisme, paralysie des membres inférieurs. A 2 ans 1/2, les convulsions et la paralysie ont disparu. Surdité. Idiotie.

A 4 ans, état mental peu modifié. Convulsions. Mort.

OBSERVATION XXXVI (Inédite).

Grossesse ectopique avec enfant vivant aux environs du terme. Faux-travail. Mort du fœtus. Extirpation totale; guérison.

(Docteur LACOUTURE.)

M. C..., 39 ans. Entre à l'hôpital Tastet-Girard, le 22 Nov. 1919. Grossesse abdominale. Faux-travail, suivi de mort du fœtus. Opération le 3 Décembre 1919. Extirpation de l'œuf.

Hystérectomie subtotale avec salpingectomie bilatérale. Double sac à la Mickulicz. Guérison de la mère, sortie le 5 Janvier 1920.

OBSERVATION XXXVII (inédite).

**Grossesse abdominale au 8^e mois, avec enfant vivant.
Faux-travail. Mort du fœtus. Extirpation totale ; guérison.**

(Docteur LACOUTURE.)

M^{me} M... 35 ans. Entre à l'hôpital Tastet-Girard, le 25 Sept. 1921.
Grossesse abdominale au 8^e mois ; enfant mort après faux-travail.

Opération le 28 Septembre 1921. Extirpation très facile, en bloc, de la poche fœtale et du placenta.

Guérison ; la mère quitte l'hôpital le 19 Octobre 1921.

OBSERVATION XXXVIII

Grossesse ectopique à terme. Toxémie. Laparotomie. Enfant macéré. Extirpation totale. Guérison.

(RAWLS. — *Am. J. Obstetrics*, New-York, 1919.)

Primipare, 49 ans. Vue la première fois la 22^e semaine de sa grossesse. A 6 semaines, elle avait eu d'abondantes hémorragies à la suite de l'introduction d'une sonde dans l'utérus. On crut à un avortement, jusqu'au 4^e jour avant celui où l'on me consulta. L'abdomen avait grossi soudain. A l'examen l'utérus était symétriquement augmenté de volume ; le fond juste à l'ombilic et un souffle placentaire entendu distinctement. On diagnostiqua : grossesse intra-utérine, mais plus avancée que ne l'indiquait l'historique des faits.

5 mois plus tard, ou environ 7 jours avant le terme, je vis la malade en consultation. Bon état général, jusqu'à la semaine précédente, où elle avait été prise de douleurs dans la région de la vésicule biliaire, avec nausées, vomissements, constipation et émission de petites quantités d'urine haute en couleur.

A ce moment, la peau était légèrement jaune et la malade fut traitée par émollients, diète et lavements, sans résultats. Température élevée. pouls 140. respiration 30 et difficile. Tumeur abdominale ferme, étendue de l'hypochondre gauche à l'ombilic, qui semble nager dans une masse kystique indéfinissable. Matité dans les flancs.

Côté gauche, près de l'ombilic, cœur fœtal; au-dessous, souffle placentaire.

Examen vaginal : col à gauche, orifice externe admettant l'extrémité de l'index jusqu'à l'orifice interne. En arrière du col, masse kystique avec masse plus dure indéfinie au-dessus et à droite; et au niveau de l'orifice interne se présentait une petite partie dure, semblant une petite partie fœtale.

Il fut fait le diagnostic provisoire de grossesse à terme compliquée par toxémie avec, soit une rupture incomplète de l'utérus, soit un kyste de l'ovaire à pédicule tordu. La grossesse extra-utérine était rejetée à cause de mes constatations du 5^e mois.

La malade entre à l'hôpital environ 7 heures après; température 101° F., pouls 144, respiration 36. Cœur fœtal encore entendu distinctement.

Huit heures après, état amélioré; température 100 F., pouls 138, respiration 30; vomissements arrêtés; urines augmentées; traces d'albumine. A ce moment le cœur fœtal n'est plus entendu. Pas de mouvements fœtaux.

Comme il n'y avait plus qu'à s'occuper de la mère, l'opération fut différée.

Le jour suivant l'état s'améliore.

Deux jours après, le Dr F. A. DORMAN vit la malade en consultation et conseilla d'attendre plus longtemps, car il pensait à une grossesse extra-utérine à terme.

Le 6^e jour après l'admission, laparotomie. Un écoulement sanguin abondant par le vagin ayant nécessité un tamponnement, on n'introduit pas de sonde dans l'utérus.

Laparotomie médiane.— La première incision jusqu'au péritoine donne issue à un flot de liquide séro-sanguin, s'échappant sous forte pression. L'incision fut agrandie et montra, à travers le sac mince, le fœtus dont la tête était dirigée vers la gauche du sternum. Les doigts furent glissés rapidement autour de ce sac qui était plus épais en arrière et qui fut trouvé adhérent par endroit à l'épiploon,

au gros intestin et au péritoine pariétal latéral, et dont le pédicule était dans la région du ligament large gauche.

La mince membrane antérieure fut alors ouverte : une quantité considérable de liquide amniotique fut évacuée et un enfant à terme extrait.

En libérant les adhérences, il fut trouvé que le pédicule était sur la trompe gauche, et la partie supérieure du ligament large, sur l'ovaire et étendu jusqu'à la corne utérine, mais n'enveloppait pas le fond utérin.

Avec 3 pinces, le pédicule fut solidement pincé, et le placenta et les membranes furent extraits avec une perte de sang insignifiante. L'utérus était augmenté de volume, comme dans une grossesse de 4 mois, et il avait été porté en arrière, en haut et à gauche.

Le pédicule fut soigneusement ligaturé et suturé, et des portions de membranes furent alors enlevées de l'épiploon, des intestins et du péritoine, sans perte de sang excessive. Fermeture de l'abdomen sans drainage.

La malade guérit le 14^e jour, sans incidents.

OBSERVATION XXXIX

Grossesse ectopique mal tolérée. — Faux-travail. — Rétention fœtale.

Laparotomie au 12^e mois. — Marsupialisation. — Guérison. — Fœtus macéré, très mal formé.

(VILLAR. — *Archives prov. de Chir.*, 1894.)

M^{me} X., 38 ans, III^e pare.

Réglée à 10 ans ; se marie à 17. Grossesse normale presque aussitôt : 4 ans plus tard histoire compliquée d'une fausse-couche de 2 mois 1/2, accompagnée d'état syncopal, de violentes douleurs, de pertes abondantes. On diagnostique une hémorragie interne et la malade garde le lit pendant 6 mois. Puis tout rentre dans l'ordre jusqu'en Novembre 1892.

A cette époque, les règles cessent : par contre, à chaque période menstruelle, elle a été prise de crises d'estomac, de crampes, de

vomissements, de syncopes, ensemble symptomatique rappelant l'éclosion d'une hématocele péritonéale.

Ces accidents survenaient à date fixe vers le 21 de chaque mois. La crise terminée, la malade se retrouvait très bien. Des médecins consultés en Janvier et en Mars font le diagnostic de grossesse.

En Mai, la crise est très douloureuse, faux-travail.

En Août, la malade ne sent plus remuer l'enfant. Depuis plus de crise, mais le ventre augmentait de volume.

Octobre. — Voyant que la malade n'accouchait pas, on cherche, sans résultat, à provoquer l'accouchement par des dilatations.

La malade consulte le Dr VILLAR en Novembre : ventre saillant, surtout à gauche. On sent une tumeur arrondie occupant le petit bassin et remontant au-dessus de l'ombilic. Consistance dure et uniforme. Matité absolue. Col dilacéré et entr'ouvert.

Mouvements imprimés à la tumeur ne se communiquant pas au col. Dans le cul de sac postérieur, partie dure qui semble distincte de l'utérus.

Hystérométrie : 42 centimètres. Pas de bruit du cœur.

Au toucher rectal on sent des parties dures qui donnent la sensation des os du crâne.

Constipation ; pas de troubles urinaires.

Diagnostic de grossesse extra-utérine avec enfant mort depuis quelque temps.

13 Novembre. — Laparotomie. La tumeur est ponctionnée et laisse sourdre quelques gouttes de liquide noirâtre. Adhérences intimes à l'intestin grêle et au gros intestin, surtout au colon transverse.

Incision de la poche : fœtus directement accolé à la paroi, dos en avant, tête en bas. Poche sans connexions avec l'utérus, fermée de toutes parts. En avant, derrière la symphyse on reconnaît l'utérus. Fixation de la poche ; marsupialisation.

Suites normales. — Règles réapparues le 6 Janvier. Sortie fin Janvier après guérison complète.

Examen du fœtus. — Macéré, sexe masculin : bien développé. Présentation céphalique gauche. Flexions accentuées : la tête a presque défoncé la partie antérieure du thorax. Poids : 2 kil. 500. Sillon profond sur le crâne dû à ce que la tête était insérée dans un diverticule du sac. Placenta atrophié et grisâtre. La moitié droite de la tête est plus développée que la moitié gauche. Cheveu-

chement des os du crâne. Pariétal gauche très déformé. Gouttière sur le frontal. Orbites asymétriques.

Examen de la poche : épaisseur 15 millimètres ; en voie de calcification.

OBSERVATION XL

Gestation ectopique prolongée, avec putréfaction de l'œuf retenu dans l'abdomen jusqu'au 20^e mois.

(ORFILA. — *Rev. Argentina de Obst. Y. Ginec.*, 1917.)

Gestation ectopique méconnue allant à terme. Mort de l'enfant. Tableau clinique d'une affection purulente abdominale, avec fistulisation ombilicale, faisant penser à une péritonite bacillaire.

Vingt mois après le début de l'aménorrhée, on pratiqua une intervention. Constatation de la vraie nature des accidents : putréfaction d'un fœtus intra-abdominal.

Opération (?). Guérison.

Enfant de 2.180 grammes et de 54 centimètres.

Placenta : 800 grammes.

Extrémité inférieure du fémur ossifiée.

OBSERVATION XLI

Grossesse extra-utérine développée dans la cavité péritonéale et ayant dépassé le terme depuis 2 mois.

Laparotomie. — Extraction du fœtus mort et du placenta. — Guérison.

(LECLER. — *Bourgogne Médicale*, 15 Avril 1911.)

Femme de 34 ans, mariée depuis 5 ans. Multipare. Dernières règles en Mars 1909. Signes d'une grossesse qui semble évoluer normalement. Accouchement attendu pour le 15 Janvier 1910. Vers cette époque, faux-travail. Bientôt tout s'arrête, l'enfant cesse de remuer. Ventre diminue. Quelques pertes noirâtres, puis roussâtres, qui persistent sans discontinuer.

Le 15 Mars 1910 : ventre douloureux, tumeur mate, tendue. On ne distingue pas les parties fœtales. Pas de contractions. Pas de bruit fœtal, mais souffle placentaire.

État général bon; pas de douleurs.

On conseille l'intervention.

Le 18 Mars : douleurs très vives dans le ventre et les reins. Vomissements porracés, facies grippé. Temp. 38°2. Pouls 100.

Opération immédiate. — Laparotomie; volumineuse tumeur adhérente aux intestins, liquide noirâtre s'échappe de la cavité péritonéale en grande quantité : le kyste fœtal a dû se rompre récemment.

Ouverture du sac : fœtus macéré. 8^e mois. Placenta inséré en bas, au milieu des anses intestinales et des organes du petit bassin. En partie macéré, s'enlève sans difficulté et sans grande hémorragie immédiate. On marsupialise la poche, mais il se produit alors une hémorragie abondante qui vient de l'insertion placentaire. Elle est arrêtée par un tamponnement serré, avec de nombreux mètres de gaze. Léger suintement.

Suites opératoires simples : l'hémorragie s'arrêta rapidement; la température des premiers jours tomba vite et la guérison se fit en un mois environ.

OBSERVATION XLII

Grossesse extra-utérine mal tolérée.

Faux-travail. — Mort de l'enfant. — Rétention fœtale. — Opération au 15^e mois. — Mort de la mère.

(JASTRZEBSKY, — *Przegląd Chirurgiczny i Ginekologiczny*, 1912.)

Malade de 37 ans. A eu deux couches normales. Dernières règles il y a 15 mois. Maigre, affaiblie. Au 8^e mois, métrorragies, accompagnées de douleurs abdominales et lombaires; et de vomissements. A cette époque, on ne perçoit plus les mouvements du fœtus, mais l'accouchement n'a pas lieu. Plusieurs crises douloureuses avec vomissements, à plusieurs semaines d'intervalle.

Au cours de la dernière crise, la malade a expulsé par le rectum deux petits os.

Palpation : tumeur mobile dure, de surface inégale ; limite supérieure à 3 travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Toucher vaginal : la tumeur remplit tout le bassin. L'utérus et les annexes sont englobés dans la tumeur.

La radiographie permet de reconnaître nettement le crâne du fœtus, sa colonne vertébrale et ses côtes.

Opération : poche fœtale adhérente à l'intestin grêle et communiquant par une perforation avec la lumière de l'intestin.

Fœtus macéré, 2.400 grammes, longueur 43 centimètres. On n'a pas trouvé de placenta.

La malade succombe 7 jours après l'opération, avec signes d'insuffisance cardiaque.

OBSERVATION XLIII

Grossesse tubaire ayant évolué jusqu'à terme. — Opération 22 mois après le début de la grossesse. — Guérison.

(PÉRDoux. — *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir. de Paris*, 1919.)

M^{me} S..., 36 ans, 2 enfants. Dernières règles le 7 Décembre 1914. Grossesse paraît normale jusqu'au 20 Janvier 1915. Quelques douleurs abdominales, nausées, malaises ; douleur plus violente et brusque, avec vomissements. Tout s'atténue sans traitement.

Février 1915 : quelques pertes de sang avec douleurs.

10 Février 1915 : coliques plus violentes et pertes sanglantes plus importantes. Sage-femme croit à fausse-couche : repos au lit.

Mars 1915 : alternatives d'amélioration et d'aggravation ; médecin croit à réaction péritonéale et fait appliquer de la glace. Tout se calme vers la fin de Mars.

Avril et Mai 1915 : le ventre grossit ; sage-femme ausculte et perçoit les bruits du cœur.

Développement de la grossesse à peu près régulier jusqu'en Septembre 1915, avec quelques douleurs et quelques pertes sanglantes.

La malade perçoit les mouvements de l'enfant, mais moins distinctement qu'à ses autres grossesses.

20 Septembre 1915 : 9 mois après le début, les douleurs et les pertes reprennent plus violentes ; le médecin constate le volume du ventre, les seins gonflés, donnant du lait, mais ne perçoit ni

mouvement, ni bruits d'auscultation. **Mort du fœtus ; conseillée d'attendre.**

Octobre 1915 à Février 1916 : amélioration progressive de l'état général ; début de Février 1916, retour des règles et diminution lente et progressive du volume du ventre. Je suis la malade pour la première fois en Septembre 1916, 21 mois après le début de la grossesse. État général très bon. Abdomen du volume d'une grossesse de 5 mois ; tumeur molle, assez mobile ; aucune partie fœtale. Je porte le diagnostic de : grossesse extra-utérine, conduite jusqu'à terme, terminée par la mort du fœtus.

Intervention acceptée le 31 Octobre 1916, 22 mois après le début de la grossesse.

Opération : laparotomie sous-ombilicale. Pas de cavité péritonéale ; on tombe directement dans le kyste fœtal et sur le fœtus, macéré ; pas de liquide amniotique ; fœtus de 2 kilogs. Masse placentaire méconnaissable. Paroi du kyste disséquée, séparée difficilement des anses intestinales grêles, auxquelles elle adhère d'une façon très intime.

Séparation sans accidents et sans perforation intestinale. Extirpation des annexes gauches. Utérus et annexes droits intacts sont respectés. Drain de 48 heures.

Suites opératoires très simples ; l'opérée sort après 3 semaines et, depuis plusieurs mois, elle est restée en bonne santé.

CONCLUSIONS

I. — Treize pour cent seulement des enfants retirés vivants de grossesses ectopiques dépassent la cinquième année, trente pour cent sont mal formés ; la vie de beaucoup, débiles mentaux et débiles physiques, est une charge pour eux et pour la société.

II. -- Si les risques propres à la gestation ectopique diminuent pour la mère après le cinquième mois, par contre les risques et la difficulté de l'intervention nécessaire augmentent à mesure qu'on se rapproche du terme.

Le pronostic maternel est trois fois plus mauvais aux environs et au-delà du terme que du cinquième au septième mois.

III. — Le désir d'obtenir un enfant viable, résultat trop aléatoire, ne justifie pas une expectative qui fait courir de graves dangers à la mère.

La grossesse ectopique *avec enfant vivant*, sitôt reconnue, sera traitée chirurgicalement.

L'extirpation du placenta et de la plus grande partie du sac possible est le procédé de choix : il devient plus difficilement applicable à mesure qu'on se rapproche du terme.

En cas de *rétenion fœtale*, après un faux travail, à la condition qu'il n'y ait aucune menace d'infection du

kyste, on peut repousser l'intervention jusqu'au deuxième mois, pour profiter de l'arrêt, plus ou moins complet, de la circulation placentaire. Il est, là encore, indiqué de faire l'extirpation complète du kyste.

Dans l'un et l'autre cas, la *marsupialisation* des membranes n'est qu'un procédé de nécessité, auquel il est souvent utile d'adjoindre le drainage à la Mickulicz.

VU; BON A IMPRIMER :

Le Président,

P. BÉGOUIN.

Vu :

Le Doyen,

D^r G. SIGALAS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 48 Mai 1922.

Le Recteur de l'Académie.

R. THAMIN.

BIBLIOGRAPHIE

- ALEXANDER et MOSKOVICZ. — Monastchif gebur shulfe und gynak, 1900.
- BAR. — (*Bull. Soc. Obst.*, Paris, 1898.)
- BAR, BRINDEAU et CHAMBRELENT. — La pratique de l'art des accouchements, 1913.
- BAR et BUFNOIR. — (*L'Obstétrique*, 1903.)
- BAZY. — (*Bull. et Mém. Soc. Chir.*, Paris, 1919.)
- BÉGOUIN. — Précis de Pathologie Chirurgicale. (Masson et C^{ie}), 1921.
- BINAUD. — Thèse Bordeaux, 1892.
- BIELBY. — (*British Medical Journal*, 1878.)
- BOCQUEL. — (*Arch. Mens. Obst. et Gyn.*, Angers, 1912.)
- BOISSARD. — (*Bull. Soc. Obst.*, Paris, 1899.)
- BLAND-SUTTON. — (*B. M. J.*, 1898.)
- BLACK. — (*Central. für. Gyn.*, 1903.)
- BIANCHI. — (*Arch. Italiana de Gyn.*, 1900.)
- BECK (A. C.). — (*J. M. Ass.*, Chicago, 1919.)
- CHARLES. — (*J. Accouch.*, Liège, 1897.)
- CHARBONNEL et BALARD. — (*Bull. Soc. Obst. et Gyn.*, Paris, 1920.)
- COPPELAND-SAVAGE. — (*Proc. Roy. Soc. of Med. Obst. and Gyn. — Sect. Australie*, 1911.)
- COUVELAIRE. — Thèse Paris, 1901.
- DELCAMP. — Thèse Paris, 1918.
- DELAUNAY. — (*Bull. Soc. Obst.*, Paris, 1901.)
- DOLÉRIS. — (*Congrès périod. de Gyn., Obst. et Pédiat.*, Paris. 1900.)

- DOURLHES. — Thèse Montpellier, 1920.
- DORMAN (F. A.). — (*Am. J. Obstetrics*, 1919.)
- FUNCK BRENTANO. — Thèse Paris, 1898.
- FAURE (J. L.). — La Gynécologie.
- FORGUE et MASSABUAU. — In *Traité de Chirurgie*; LE DENTU et DELBET
- FOURNIÉ. — (*Bull. Soc. Obst.*, Paris, 1905.)
- GOUBAREFF. — (*Journal Akouchertra i Jenskick*, 1913.)
- HARRIS (R. P.). — *Kelly's operative Gynec.* Vol. II.
- JACOBS. — (*Sem. Gyn.*, 1901.)
- JACOMET. — (*Echo Méd. du Nord.*, 1907).
- JASTRZEBZKI. — *Przegląd Chir. i Gineck.*, 1912.
- LACOUTURE et CHARBONNEL. — (*J. de Méd. de Bordeaux*, Février 1912.)
- LAUNAY. — (*Bull. et Mém. Soc. Chir.*, Paris, 1919.)
- LE BEC. — (*Paris Chirurgical*, 1910.)
- LE DENTU et DELBET. — *Traité de Chirurgie*.
- LAWSON-TAIT. — (*Obs. Journ. of G. Britain and Ireland*, 1880.)
- LECLERC. — (*Bourgogne Médicale*, 1911.)
- LEPAGE. — (*Bull. Soc. Obst. de France*, 1909.)
- LEMERCIER. — Thèse Paris, 1911.
- LEE (G.). — (*Surg. Gyn. and Obst.*, Mars 1917.)
- LICHTENSTEIN. — *Zent. f. Gynœk.*, 1920.
- MAYGRIER. — Thèse agrégation, 1886.
- MOURE (Paul). — (*Bull. et Mém. Soc. Anat.*, Paris, 1914-1920.)
- MURATOFF. — (*Cent. für Gynak.*, 1903.)
- NASH. — (*B. M. J.*, London, 1918.)
- NOBLE. — (*Am. J. Obst.*, 1918.)
- ORILLARD. — Thèse Paris, 1894.
- ORFILA. — (*Rev. Argentina de Obst. y. Gynec.*, 1917.)
- PERDOUX. — (*Bull. et Mém. Soc. Chirurgie*, 1919.)

- POTHERAT. — (*Bull. et Mém. Soc. Chirurgie*, 1919.)
- PLAUCHU. — (*Bul. Soc. Obst. et Gyn.*, Paris, 1912.)
- PINARD. — (*Clinique Médicale*, 1899.)
- POTOCKI. — (*Archives Gyn.*, 1908.)
- POZZI. — *Traité de Gynécologie*.
- RAWLS. — (*Am. J. of Obst.*, 1919.)
- ROCHARD. — (*Bull. Mém. Soc. Chirurgie*, Paris, 1919.)
- SEGOND. — *Traitement de la grossesse extra-utérine*.
- SITTNER. — (*Deutsche Méd. Wochenschr.*, 1906. - *Arch. für. Gyn.*, 1901.)
- STILLWAGEN. — (*Am. J. Obst.*, 1908.)
- SINCLAIR. — (*J. Obst. and Gyn. of Br. Empire*, 1902.)
- SOULIGNOUX. — (*Bull. et Mém. Soc. Chir.*, Paris, 1919.)
- SPAETH. — *Zeitschrift für Geb. und Gyn.*, 1890.
- STURMER. — *Obst. Soc.*, London, 1901.
- SMITH (R. E.). — (*Lancet*, London, 1920.) *Surgery Gyn. and Obst.*, 1914.
- TRAVERSON. — *Thèse Paris*, 1917.
- TISSIER. — (*Bull. Soc. Obst.*, Paris, 1909.)
- VIGNARD. — (*Archives prov. Chirurgie*, 1894.)
- VILLAR. — (*Archives prov. Chirurgie*, 1894.)
- VIGNES. — (*Rev. Int. Méd. et Chir.*, Paris, 1917.)
- VAN BOLL. — (*Centralblatt f. Gyn.*, n° 15, 1899.)
- WERDER. — (*Am. J. Obst.*, 1908.)
- WILLIAMS. — (*Am. J. Obst.*, 1913.)

